

UNIVERZITA KARLOVA
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha 2012

Ilona Lhotová



UNIVERZITA KARLOVA
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra speciální pedagogiky

Zavádění standardů kvality sociální péče do praxe

Introduction of social care quality standards into practice

Bakalářská práce

Vypracovala: Ilona Lhotová
Vedoucí práce: PaedDr. Jaroslava Zemková, Ph.D.
Praha 2012

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem citovala všechny použité zdroje a že tato bakalářská práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 28. 2. 2012

.....

Děkuji vedoucí práce, paní PaedDr. Jaroslavě Zemkové, Ph.D. za cenné připomínky k jejímu zpracování.

Děkuji také své rodině, která mě při práci podporovala a umožnila mi, abych na ní dlouhodobě pracovala.

V Praze dne 28. 2. 2012

.....

Anotace

Cílem práce je definování problémů spojených se zaváděním standardů kvality do praxe souvisejících se vztahem mezi uživatelem a personálem a kvalitou práce pracovníků v přímé péči, tedy kvalitou lidskou a profesionální.

V teoretické části je stručně nastíněn vývoj sociální péče v ČR ve druhé polovině 20. století a změny v systému sociálních služeb po roce 1989. Podrobně je rozpracován výklad jednotlivých standardů kvality v pobytových zařízeních, stanoveny oblasti možných problémů a střetu zájmů s důrazem na standard č. 2, standard č. 5 a standard č. 7.

V praktické části je dotazníkovou metodou (uzavřené položky – škálové otázky) zjišťován postoj pracovníků pobytových zařízení ke změnám v jejich práci souvisejících se zaváděním standardů kvality sociálních služeb a míra jejich informovanosti o standardech v jejich zařízení. Na základě individuálního polostrukturovaného interview s klienty a studiem oficiální dokumentace je zjišťována informovanost klientů o jejich právech (st. č. 2). Reprezentativní vzorek bude vytvořen ze zaměstnanců a klientů pěti zařízení, jejichž zřizovatelem je krajský úřad.

Annotation

The aim of this thesis is to define problems related to introducing of quality standards into practice as related to the user-staff relationships and quality of work of direct care personnel, i.e., its human and professional qualities.

Theoretical part of this thesis briefly outlines the development of social care in the Czech Republic in the second half of the 20th century and changes in the social services system after 1989. A detailed interpretation of individual quality standards for residential facilities is included, with the area of potential problems and conflicts of interests defined with emphasis placed on Standards No. 2, 5, and 7.

Practical part of the thesis is based on a questionnaire (closed items – scale-based questions) that is trying to identify the attitudes of staff of residential units to changes in their work resulting from the introduction of social services quality standards and the level of their awareness of their facilities' standards. Using an individual structured interview with clients and studying of official documentation, awareness of clients of their own rights (Standard No. 2) is being determined. The respondents' sample includes staff and clients of five facilities founded by regional authorities.

Klíčová slova

standardy kvality, sociální začleňování, zvyšování kvality života, poskytovatel sociálních služeb, uživatel sociální služby, ochrana práv uživatelů, střet zájmů, snížená soběstačnost, zbavení způsobilosti k právním úkonům

Key words

quality standards, social inclusion, improvement in quality of live, social services provider, social services user, protection of users' rights, conflict of interests, reduced self-sufficiency, deprivation of legal capacity

Obsah

Úvod.....	8
-----------	---

1 Teoretická část

1.1 Počátky ústavní péče o zdravotně postižené.....	10
1.2 Vývoj péče o zdravotně postižené v českých zemích.....	10
1.3 Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách.....	12
1.4 Procedurální standardy.....	14
1.4.1 Standard č. 1 Cíle a způsoby poskytování služeb.....	14
1.4.2 Standard č. 2 Ochrana práv uživatele.....	17
1.4.3 Standard č. 3 Jednání se zájemcem o službu.....	28
1.4.4 Standard č. 4 Dohoda o poskytování služby.....	30
1.4.5 Standard č. 5 Plánování a průběh služby.....	31
1.4.6 Standard č. 6 Osobní údaje.....	35
1.4.7 Standard č. 7 Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování služby.....	36
1.4.8 Standard č. 8 Návaznost na další zdroje.....	38
1.5 Personální standardy.....	40
1.5.1 Standard č. 9 Personální a organizační zajištění služby.....	40
1.5.2 Standard č. 10 Profesní rozvoj pracovníků.....	42
1.6 Provozní standardy.....	43
1.6.1 Standard č. 11 Místní a časová dostupnost poskytované služby.....	43
1.6.2 Standard č. 12 Informovanost o poskytované službě.....	44
1.6.3 Standard č. 13 Prostředí a podmínky.....	45
1.6.4 Standard č. 14 Nouzové a havarijní situace.....	46
1.6.5 Standard č. 15 Zvyšování kvality poskytované služby.....	47

2 Praktická část

2.1	Cíle průzkumu.....	48
2.1.1	Průzkum dotazníkovou metodou.....	48
2.1.2	Reprezentativní vzorek.....	48
2.1.3	Metody průzkumu.....	49
2.1.4	Informace o zařízeních.....	49
2.1.5	Grafy a hodnocení dotazníku.....	51
2.2	Řízený rozhovor s klienty.....	57
2.2.1	Grafy a hodnocení rozhovoru.....	57

3 Závěr.....	63
---------------------	-----------

4 Literatura a zdroje.....	63
-----------------------------------	-----------

Přílohy

Příloha č. 1 Dotazník pro pracovníky domova pro osoby se zdravotním postižením

Příloha č. 2 Otázky pro řízený rozhovor s klienty domova pro osoby se zdravotním postižením

Příloha č. 3 a, b, c, d, e Souhlas ředitelů s průzkumem

Úvod

V historii lidstva se vždy rodilo určité procento lidí se zdravotním postižením. Postoj většinové zdravé společnosti k nim se s historickým vývojem měnil a filozofie péče o ně byla vždy závislá na kulturní, etické a ekonomické úrovni společnosti. „*V určitých zemích byli handicapovaní odmítáni, jinde je zneužívali, kdežto v dalších zemích jim věnovali pozornost, pečovali o ně a někde je dokonce vzdělávali*“ (Monatová, 2001, str. 5). Vždy se společnost musela vyrovnávat s jedinci, kteří se odlišovali od normy tím, že měli jiný vzhled, smyslovou nebo tělesnou vadu či chorobu. Jisté je, že často byli tito lidé společností pro svůj handicap vyčleňováni, ať už byli vyháněni mimo města a vesnice nebo byli chováni k pobavení členů vyšší společnosti. Pro svou odlišnost a závislost na ostatních byl v minulosti handicapovaný člověk vnímán často jako cizí element, který ohrožuje bezpečnost společenské skupiny, a proto z ní mnohdy bývá vyloučen, a tím odsouzen k smrti. Lidský tvor je závislý na společnosti lidí a jeho život je sociálně podmíněn. Vztah většinové společnosti k lidem lišícím se od normy v důsledku svého handicapu se dá obecně definovat jako míra tolerance k jejich odlišnosti a schopnost jedince (společnosti) oprostít se od vnímání postiženého jako objektu společenského odmítání, falešného soucitu nebo charity, a přijmout jej jako komplexní osobnost se svými specifickými potřebami a kvalitami.

1 Teoretická část

1.1 Počátky ústavní péče o zdravotně postižené

V lidských dějinách lze specifikovat spíše negativní postoje společnosti k postiženým, v níž více či méně skrytě dodnes působí prostřednictvím předsudků a stereotypů. Až do novověku neexistovaly samostatné instituce, které by zajišťovaly komplexní péči o zdravotně postižené a sociálně znevýhodněné jedince. Podle Matouška (1999) teprve koncem 17. století a začátkem 18. století vznikají první velké ústavy, kde jsou soustředěni lidé s postižením spolu s duševně nemocnými, zločinci, válečnými veterány a žebráci. Zakládání těchto ústavů historicky souvisí s průmyslovou revolucí, která zvýšila poptávku po levné pracovní síle, a chovanci byli zacvičováni a využíváni k jednoduché práci. Jejich výchova byla orientována pragmaticky na zapracování a podání požadovaného pracovního výkonu.

Od konce 19. století až dodnes dochází v Evropě i ve světě k postupné změně koncepce sociální péče a ústavní zařízení, která měla segregační charakter, se stávají otevřenějšími. Slowík (2007) uvádí, že současný trend v péči o zdravotně postižené a sociálně znevýhodněné je důsledek radikálních společenských a politických změn na konci 20. století. Tyto změny vyvolaly nový přístup k handicapovaným, který je označován jako přístup inkluzivní (humanistický), jehož cílem je zcela přirozené začleňování těchto lidí do běžné populace, a který je charakterizován směřováním k deinstitucionalizaci – ubývání ústavních forem péče s cílem integrovat člověka s postižením do většinové společnosti a podporovat jeho nezávislost na ní.

1. 2 Vývoj péče o zdravotně postižené v českých zemích

V českých zemích, které byly do roku 1918 součástí Rakouska Uherska, byl „*prvním existujícím ústavem v našich zemích, jehož posláním měla být nejen péče o zdravotně postižené děti, ale v němž by děti získávaly i určité vzdělání, pražský ústav pro hluchoněmé, který byl založen již v roce 1786*“ (Vojtko, 2007, str. 34). Další ústavy byly zřizovány v průběhu 19. století a jejich fungování bylo spojeno se jmény významných osobností - J. V. Jirsíkem, A. Klarem, K. S. Amerlingem, R. Jedličkou a mnoha dalšími osvěcenými lékaři a pedagogy. V době tzv. první republiky (1918-1939) a v době druhé světové války byla sociální péče u nás zabezpečována státem a podporována řadou dobrovolnických organizací.

Specifickým obdobím nejen v oblasti péče o zdravotně postižené a sociálně znevýhodněné byla doba od únorového převratu v roce 1948 do roku 1989. V období socialismu, kdy se náš společenský vývoj izoloval od západního světa, se nám vyhnuly reformní vlny, které v zahraničí směřovaly k decentralizaci a deinstitucionalizaci sociální péče. V padesátých letech v důsledku perzekuce církví postupně zcela zanikly dobrovolnické a charitní sociální služby. Přes všechnu snahu o nový pohled na problematiku lidí s handicapem a práci našich významných speciálních pedagogů a terapeutů, důsledky tohoto období pocítíme dodnes. Naše společnost se více než padesát let vyvíjela v izolaci od ostatních demokracií a byla silně ovlivněna komunistickou ideologií. „*Minulá epocha podceňovala spontánní zájem o práci v sociální sféře i osobní dispozice k ní*“ (Matoušek, 1999, str. 41). Dítě nebo dospělý s handicapem nezapadali do koncepce výchovy tzv. socialistického člověka, a proto nebyla sociální práce státem podporována. Ještě na konci druhé poloviny minulého století se občan mohl v běžném životě pouze výjimečně setkat s člověkem se zdravotním postižením. Handicapované děti a dospělí byli soustředováni v ústavech sociální péče, umístěných obvykle v pohraničí. Tyto ústavy měly jednotnou strukturu – 3 až 4 oddělení, z nichž oddělení tzv. idiotické bylo uzavřené a veřejnosti zcela nepřístupné. Existovaly ústavy pro ženy a pro muže, chovanec uzavřený v zařízení se prakticky nemohl setkat s jedincem opačného pohlaví a byl v něm většinou umístěn doživotně. Ošetřující i provozní personál v zařízení ovládal neomezeně život chovanců, jejichž denní režim byl přísně strukturován. Pokud zde docházelo k porušování lidských práv, prakticky nikdo se o tom nedozvěděl.

Zvýšený zájem ve světě o osoby, které jsou zdravotně nebo sociálně znevýhodněné, lze zaznamenat po druhé světové válce. Významným krokem vpřed bylo přijetí Všeobecné deklarace lidských práv OSN v roce 1948. Poprvé v historii lidstva byl přijat mezinárodní dokument, jehož základní článek definuje člověka jako bytost svobodnou a rovnoprávnou.

„Uznání této přirozené důstojnosti a rovných a nezcizitelných práv všech členů lidské společnosti je, ve smyslu Všeobecné deklarace lidských práv, základem svobody, spravedlnosti a míru ve světě“ (Vysokajová, 2000, str. 7).

Období od konce druhé světové války do současnosti lze charakterizovat jako dobu, kdy se zvyšuje zájem o problematiku práv minorit (tedy i zdravotně postižených) i o lidská práva obecně. Realizace zásad vyhlášených v Deklaraci vyústilo v řadu závazků a konvencí. V roce 1950 to byla Evropská konvence o ochraně lidských práv a svobod, v roce 1961 Evropská sociální charta, ve které jsou zdůrazněna práva osob, které vyžadují zvláštní ochranu. Tento dokument byl doplněn a aktualizován v Chartě základních sociálních práv pracovníků, kterou přijalo Evropské společenství v roce 1989.

Společenské a ekonomické změny, které u nás nastaly po roce 1989, měly dopad také na sociální oblast. Začíná se otevřeně hovořit o osobách se zdravotním postižením, do sociální sféry vstupuje nestátní sektor a je založena řada občanských sdružení, která se věnují péči o osoby s handicapem a stávají se tak zdravou konkurencí státem řízeným ústavům sociální péče. Mnoho objektů a budov, které do roku 1989 fungovaly jako ústavy sociální péče, bylo restituováno a vyvstala potřeba nahradit je novými objekty. Již tento krok měl pozitivní vliv na kvalitu služeb ve smyslu úrovně ubytování chovanců. Společenské změny vyvolaly i potřebu marketizace a komercializace sociálních služeb. Podle Čámského a kol. (2008) tento vývoj byl do roku 2007 nekonceptní, protože neexistovala právní norma, která by situaci v sociálních službách komplexně vyřešila. Od vstupu České republiky do Evropské unie byl hledán nejvhodnější model sociální péče. Vzorem nám byly sociální systémy v různých demokratických zemích od krajně liberálního v USA až po skandinávský systém sociálního zabezpečení. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách je kompromisem mezi nimi, protože respektuje ekonomickou situaci země, ale nabízí možnost vstupu soukromého sektoru do sociálních služeb. Člověk s postižením se stává klientem – tedy zákazníkem služeb, které si platí. Zákon o sociálních službách byl připravován třináct let, na jeho formování se podílela řada odborných týmů a zájmových sdružení, bohužel méně již poskytovatelé sociálních služeb.

V současné době v sociální praxi stále ještě přežívá historicky překonaný přístup, kdy o životních potřebách zdravotně postiženého nebo sociálně znevýhodněného člověka rozhoduje rodina nebo ošetřující personál, kdy se péče soustředí na kvalitu ubytování a stravy, kdy je den klienta strukturován a neumožňuje mu jakýkoli zásah do rozhodování o vlastním životě a realizaci osobních potřeb. Proces změn, který byl zahájen přijetím zákona o sociálních službách, stále trvá. Ne vždy je zaměstnanci sociálních služeb pochopen, často je pracovníky v přímé péči ignorován a kvalita života klientů není v mnoha případech základním kritériem kvality sociální

péče. Zavedení standardů kvality do praxe ve smyslu vytvoření metodiky sociální práce v konkrétním zařízení sociálních služeb a promyšleném systému inspekci, je v současné době u konce, ale změny v sociální praxi zaměstnanců v jednotlivých zařízeních poskytujících sociální služby stále probíhají a jsou závislé na jejich lidské kvalitě, ochotě se vzdělávat a schopnosti přijmout a zvnitřnit změny v přístupu k jejich práci. V mnoha případech – zejména v pobytových službách, u pracovníků zařízení existuje nerovnováha mezi profesionálním a lidským přístupem ke klientům, která se přímo promítá do kvality života uživatelů služby. Na druhé straně nejsou tyto pracovníci v mnoha případech podporováni vedením poskytovatelů a jejich náročná práce nebývá vždy ze strany nadřízených doceněna.

1.3 Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách

V březnu 2006 byl schválen zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. V účinnost vstoupil k 1. 1. 2007 spolu s prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb. Poprvé v naší historii byl schválen zákon, který *„opustil dosavadní praxi paternalisticko-direktivního modelu a vytvořil prostředí pro rozvoj vztahů mezi poskytovateli sociálních služeb a jejich klienty, založený na rovnoprávnosti, dobrovolnosti, důsledně individuálním přístupu, na úsilí o nevyčleňování adresátů sociálních služeb z přirozeného prostředí a ze společnosti se zvláštním důrazem na spolupráci mezi poskytovateli, uživateli i osobami jim blízkými s cílem mobilizovat uživatele sociálních služeb k převzetí spoluodpovědnosti na řešení jejich nepříznivé sociální situace a závislosti na poskytování sociálních služeb“* (Čámský a kol., 2008, str. 16.).

Zákon 108/2006 Sb. definoval řadu nových zásad uplatňovaných v systému sociální péče, mezi něž patří standardy kvality sociálních služeb, které naplňují požadavky Evropské unie a zcela zásadně změnily přístup k péči o osoby se zdravotním postižením a sociálním znevýhodněním v České republice. Standardy kvality sociálních služeb *„jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami (uživateli)“* (2008b, str. 20). Zavedením standardů kvality sociální péče do praxe prostřednictvím zákona 108/2006 Sb. se poprvé v české historii snaží objekt sociální péče zrovnoprávnit s většinovou společností a odstranit institucionalizovanou a direktivní péči o osobu se zdravotním postižením a sociálním znevýhodněním. Poskytované sociální služby musí na základě principu sociálního začleňování podporovat u klientů běžný způsob života a respektovat jejich zvláštnosti při uplatňování rovného přístupu k nim. Hlavním cílem sociální

péče není jen ochrana klientů a nabídka komplexních služeb, ale především podpora schopností uživatele a integrace do většinové společnosti. Prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb. v příloze č. 2 dělí standardy na procedurální, personální a provozní. Procedurální standardy jsou pro každodenní život klienta nejdůležitější. Závazně stanoví cíle a poslání služby, jakým způsobem má poskytovatel jednat se zájemcem o službu a jaké podmínky je nutné dodržet při uzavírání smlouvy o poskytování sociálních služeb. Pro uživatele jednoznačně pozitivní změnu přineslo zavedení standardu č. 2, který se zabývá ochranou práv klientů, standardu č. 5, jež stanoví pravidla individuálního plánování uživatelů sociálních služeb a standardu č. 7, který stanoví právo klienta podat stížnost na kvalitu a způsob poskytování služby. Personální standardy vymezují zásady personálního zajištění služeb. Definují také možnosti podpory pracovních týmů ze strany poskytovatele a perspektivy dalšího profesního růstu zaměstnanců v sociálních službách. Provozní standardy zahrnují materiální prostředí, ve kterém jsou služby poskytovány, a předkládá řešení mimořádných situací, které mohou v provozu zařízení sociálních služeb nastat. Téma mé bakalářské práce je široké, budu se tedy zabývat stručně výčtem jednotlivých standardů, ale podrobněji se zaměřím na standardy procedurální, zejména na standard č. 2, č. 5.

1. 4 Procedurální standardy

1. 4. 1 Standard č. 1

Cíle způsoby poskytování sociálních služeb

„Cílem sociální služby je umožnit lidem v nepříznivé sociální situaci využívat místní instituce, které poskytují služby veřejnosti i přirozené vztahové sítě, zůstat součástí přirozeného místního společenství, žít běžným způsobem. Poskytované sociální služby zachovávají a rozvíjejí důstojný život těch, kteří je využívají, jsou bezpečné a odborné“ (Čermáková, Johnová, 2008, str. 7).

Standard č. 1 podrobně popisuje cíle sociální služby a stanoví kritéria, podle kterých jsou naplňována. Zavádí nové pojmy, kterými jsou: poslání, veřejný závazek, cíle a principy služby, cílová skupina, druhy poskytované služby, individuálně určené potřeby osob, uplatnění vlastní vůle uživatele a definuje metodiku, pracovní postupy a ochranu klientů před předsudky a negativním hodnocením. Standard stanoví cíle a poslání služeb takovým způsobem, aby si případný zájemce nebo jeho rodina mohl ujasnit, zda nabízená služba naplňuje jeho požadavky a specifické potřeby. Konkrétně je standard realizován tak, že každý poskytovatel musí mít jasné a jednoznačné a pro zájemce srozumitelně vyhlášen veřejný závazek. Z něj musí být zřejmé, proč je služba poskytována – vychází z obecných cílů sociálních služeb a je v souladu se státní sociální politikou. Ve veřejném závazku musí poskytovatel podrobně informovat veřejnost a zájemce, případně jejich rodiny, o zařízení. Toto prohlášení se stává dokumentem, který musí být „veřejný“, tedy má být k dispozici na veřejně přístupných místech - v čekárně u lékaře, na obecním úřadě apod., například formou informačních letáků. V současné době má každé zařízení sociálních služeb veřejný závazek zveřejněn na vlastních webových stránkách a tím se stává přístupným téměř všem¹.

Poslání je zdůvodnění poskytování sociální služby. Zajišťuje transparentnost a možnost srozumitelně a vyčerpávajícím způsobem nabídnout potenciálnímu klientovi možnost nahlédnout do konkrétního zařízení sociálních služeb. Má stanovit krátkodobé i dlouhodobé cíle organizace a stanovit priority a strategie při jejich uskutečňování. Čámský a kol. (2008) uvádí, že pokud je poslání správně formulované, může motivovat nejen klienty k zájmu o sociální

¹ Dobrá praxe: Domov pro osoby s mentálním postižením má vlastní webové stránky, na kterých je mimo dalších informací vyvěšen standard č. 1 Veřejný závazek. Každý zájemce o sociální službu v tomto zařízení má možnost (po předchozí domluvě) zařízení navštívit a strávit v něm celý den. Pro tento případ je zájemci i jeho doprovodu k dispozici sociální pracovník. Návštěva není chápána jako závazek, je pouze informativní, a je pouze na zájemci, zda se stane uživatelem nabízené sociální služby.

služby v konkrétním zařízení, ale i jeho pracovníky ke zvýšení kvality své práce.

Cíle a principy sociální služby obecně znamenají umožnit klientovi, který se nachází v nepříznivé sociální situaci naplňování jeho potřeb pokud možno v jeho přirozeném prostředí. Principy se rozumí zásadní hodnoty uplatňované pracovníky v každodenní práci s klienty. Jedná se o princip dodržování práv uživatelů, respektování jejich volby, individualizace podpory, zaměření na celek a flexibilita. V praxi to znamená, že poskytovatel vytváří podmínky, ve kterých mohou uživatelé naplňovat svá práva, mohou se cítit důstojně a v co nejvyšší možné míře se podílejí na rozhodování o svém životě s přihlédnutím k jejich specifickým potřebám.

Součástí standardu č. 1 je definování cílové skupiny uživatelů. Tato skupina má v každém zařízení svá specifika, na která se jednotliví poskytovatelé specializují. Pokud zájemce stojí se svými potřebami mimo cílovou skupinu, má poskytovatel právo jej odmítnout. Při stanovení cílové skupiny je nutné brát v úvahu požadavky na technické a prostorové parametry zařízení, na odbornou způsobilost personálu a požadavky zřizovatele, které vycházejí z depistáže a poptávky po sociálních službách. Každý poskytovatel by měl při definování své cílové skupiny vycházet z předpokladu, že klienti jsou osobami s individuálními specifickými potřebami a při její formulaci by se měl vyvarovat pejorativních výrazů a negativních postojů, vycházejících z předsudků tak, aby byly naplněny principy rovného přístupu a respektování individuální zvláštnosti klientů.

S cílovou skupinou úzce souvisí druh poskytované služby. „*Druhem poskytované služby se rozumí zákonem stanovené, určené druhy služeb, které jsou uvedené v § 32 až § 70 zákona o sociálních službách*“ (Čámský a kol., 2008, str. 50). Registrací konkrétní sociální služby se tedy poskytovatel zavazuje zpracovat konkrétní standardy kvality této službě odpovídající a naplňující potřeby dané cílové skupiny.

Při uplatňování základních lidských práv je třeba ochránit klienty před předsudky a negativním hodnocením, což je základním pravidlem při poskytování sociálních služeb. Pokud je cílem poskytovatele zvýšení kvality života klientů, je nutné definovat situace, ve kterých by mohlo docházet k porušení práv klientů a jejich negativnímu hodnocení v důsledku poskytování sociální služby. V běžném životě klientů to znamená co nejvíce propojit jejich život s životem v obci, vést pracovníky zařízení k vytváření zdravého vztahu k uživatelům služby a v mezích možností přiblížit kvalitu života klientů životu většinové společnosti. Při vytváření této části standardu č. 1 se musí vycházet z přání a potřeb klientů. Mělo by být snahou každého poskytovatele vytvořit otevřené zařízení, kde se klienti v mezích svých možností a schopností účastní veřejného života v obci, využívají návazných služeb, návštěvy členů rodiny v zařízení jsou možné kdykoli a uživatelé mají možnost mít volné vycházky v mezích přiměřeného rizika.

Poskytovatel by neměl mít dopravní prostředky označené názvem zařízení, každý klient by měl mít možnost nosit své vlastní oblečení a ne stejnokroje apod. Všechny tyto zásady jsou v souladu s požadavkem přiblížení života klienta životu mimo zařízení a jsou součástí standardu č. 1. Procedurální standard č. 1 v sobě zahrnuje všechny principy a zásady poskytování moderní sociální služby. Má návaznost na ostatní procedurální standardy a jako dokument je vodítkem pro posouzení všech oblastí, které jsou pro poskytování sociální služby významné. Přílohami tohoto standardu jsou interní směrnice – předpisy, které vycházejí z obecně závazných právních předpisů, které pomáhají provozu zařízení a jsou platné pouze v rámci konkrétního zařízení sociálních služeb. Jsou zpracovány jako jeho přílohy, kterými jsou např. Organizační struktura zařízení, Etický kodex pracovníků a Pravidla pro ochranu klientů před předsudky a negativním hodnocením.

1. 4. 2 Standard č. 2

Ochrana práv klientů

„Zařízení ve své činnosti respektuje základní práva uživatelů služeb, jejich nároky vyplývající z dalších platných obecně závazných norem a pravidla občanského soužití. Má stanoveny oblasti, v nichž by mohlo dojít v souvislosti s poskytováním služeb k porušení práv uživatelů. Jde zejména o následující oblasti: ochranu osobní svobody, soukromí, osobních údajů, práva na vzdělávání a svobodnou volbu povolání, ochranu před jakýmkoli formami zneužívání, nucenými pracemi, diskriminací apod.“ (Čermáková, Johnová, 2008, str. 21).

Podle § 2 zákona o sociálních službách musí být sociální služby poskytovány tak, aby byla zachována základní lidská práva a svoboda uživatele. Závazným dokumentem, který tato práva všem lidem v ČR garantuje a který vychází z mezinárodních úmluv, jež Česká republika ratifikovala, je Ústava ČR a její čl. č. 1: „Česká republika je svrchovaný a demokratický právní stát založený na úctě k právům a svobodám člověka a občana, a čl. 2: Česká republika dodržuje závazky, které pro ni vyplývají z mezinárodního práva“. Implementací zákona o sociálních službách a vyhlášky č. 505/2006 Sb. se Česká republika vydala na cestu vedoucí k odstranění diskriminace lidí se zdravotním postižením v oblasti lidských práv. Podle Vysokajové (2000) se znevýhodnění lidí se zdravotním handicapem a krácení jejich práv projevuje v životně důležitých sférách, kterými jsou vzdělávání, zaměstnanost, přístup k informacím, přístupnost prostředí a rodinný život. Proto je standard č. 2 jedním z nejdůležitějších procedurálních standardů a jeho kvalitní a podrobné zpracování a realizace je častým cílem inspekci v sociálních službách.

„Nelze hovořit o kvalitní sociální službě, nejsou-li v jejím průběhu respektována lidská a další práva uživatelů“ (Čermáková, Johnová, 2008, str. 21). Proto je povinností poskytovatelů zpracovat ve standardu č. 2 vnitřní pravidla zabezpečující ochranu základních lidských práv uživatelů služby a definovat oblasti možného střetu zájmů. Práva uživatelů a možný střet zájmů je v konkrétním zařízení sociálních služeb přímo závislý na druhu služby a cílové skupině. Při tvorbě manuálu musí poskytovatel podrobně popsat všechny situace, při kterých by mohla být práva klientů porušována. Podle Johnové a Čermákové (2008) je rámcovým měřítkem, které signalizují skryté porušování práv uživatele, míra závislosti klienta na poskytovateli, délka poskytování služby, vztah mezi nabídkou a poptávkou po službě a míra odpovědnosti poskytovatele za ochranu práv uživatelů třetím subjektům. Nyní, kdy jsou uživatelům sociálních služeb zákonem o sociálních službách zaručena na základě rovnosti všechna lidská práva, je třeba v praxi podporovat klienty v jejich uplatňování a současně jim vysvětlovat a učit je být si

vědom povinností a respektování práv ostatních. „Obecně by si měl být klient vědom toho, že skutečnost, že je uživatelem sociální služby, neznamená, že mu bude tolerováno jednání a chování, které by běžnému občanovi tolerováno nebylo“ (2008b, str. 30).

Základním lidským právem je osobní svoboda a svoboda pohybu. Nikdo by neměl být nucen žít na určitém místě proti své vůli, a proto by si každý uživatel nebo jeho zákonný zástupce, či opatrovník měl zařízení sociálních služeb vybrat sám. Tato možnost výběru zařízení je uskutečňována v návaznosti na standard č. 1, jehož součástí je veřejný závazek.

„Opatrovnictví přispívá k sociálnímu vyloučení. V rozporu s mezinárodním právem může být dospělá osoba v České republice zadržována kvůli posouzení své způsobilosti. Ještě závažnější je, že jakmile byl osobě ustanoven opatrovník, může být taková osoba umístěna bez svého souhlasu do ústavu sociální péče na zbytek života. Odvolání nejsou možná“ (Opatrovnictví a lidská práva v ČR, 2007, str. 6). V praxi je tedy stále možné se setkat s případy, že o umístění žadatele v pobytovém zařízení (zejména u osob s mentálním postižením zbavených právní způsobilosti) rozhoduje opatrovník bez možnosti zásahu klienta. Zde dochází často ke střetu zájmů klienta a jeho zákonného zástupce. V tomto případě je zájem uživatele, byť je zbaven způsobilosti k právním úkonům, nadřazen zájmu opatrovníka. Osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům má právo na změnu opatrovníka v případě, že dochází ke střetu jejich zájmů. Otázkou zůstává, kdo podpoří klienta zbaveného právní způsobilosti při uplatnění svého základního lidského práva – svobodně si vybrat místo, kde chce žít. V optimálním případě to má být poskytovatel prostřednictvím klíčového a sociálního pracovníka². Ze Zprávy ombudsmana z návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením (2009, tabulka č. 4), vyplývá, že v dvaceti pěti navštívených zařízeních pobytových sociálních služeb (klienti 0 až 26 let), tvoří 52% opatrovníků rodiče klienta, 24% samospráva, 21% zařízení nebo zaměstnanec a 3% jiný příbuzný klienta. Zpráva dále uvádí, že tzv. veřejný opatrovník – obecní správa, ve většině případů tuto funkci odmítá nebo ji vykonává formálně, což má negativní vliv na klientův život. Ke střetu zájmů dochází i v situaci, kdy je opatrovnictvím pověřen pracovník zařízení, který sice svého opatrovance dobře zná, ale je zde evidentní střet zájmů. Proto ombudsman doporučuje začlenit do vnitřních předpisů zařízení možné střety zájmů opatrovníka z řad zaměstnanců a jeho klienta – opatrovance. Rovněž doporučuje, aby došlo k postupnému přenosu opatrovnictví z řad pracovníků na jiné osoby.

V okamžiku, kdy se ze zájemce stává uživatel, musí mu být zaručena svoboda pohybu v zařízení a jeho okolí. Možnost svobodného pohybu uživatele po zařízení a jeho okolí je vždy

² Dobrá praxe: poskytovatel podporuje své klienty s mentálním postižením ve snaze, revidovat soudní rozhodnutí o zbavení způsobilosti k právním úkonům. Sociální pracovníce pomáhá klientům sepsat žádost a doprovází je na soudní jednání.

individuálně zhodnocena a je závislá na zdravotních omezeních uživatele a technických možnostech zařízení. V návaznosti na standard č. 5 Individuální plánování je možné podporovat uživatele ve schopnosti orientovat se v budově i nejbližším okolí zařízení např. za doprovodu klíčového pracovníka, později s lépe zorientovaným klientem, s cílem osvojit si schopnost samostatného volného pohybu po známém okolí. Ze strany poskytovatele lze kritérium svobody pohybu částečně naplnit již tím, že jsou odstraněny technické překážky omezující volný pohyb osob a instalovány stavební prvky zajišťující bezbariérovost. Podle Zprávy ombudsmana (2009) jsou ve většině navštívených budov, v současné době, prostory bez mříží a uzamykatelných dveří mezi jednotlivými odděleními a klienti mají možnost volného pohybu po budově i venkovním areálu. V některých zařízeních ale kontrola shledala, že prostředí, ve kterém tráví imobilní klienti celý den, je v mnoha případech nedůstojné. V některých zařízeních bylo ochráncem zjištěno uzamčení oddělení, vysoké mříže kolem lůžka, ohrádky uzavírající určitý prostor oddělení, uzavření do pokoje bez kliky apod. Proto ombudsman doporučuje dopřát klientům prostor pro pohyb vzhledem k jejich potřebám a schopnostem. Ve většině navštívených zařízení mají klienti zpracován individuální plán mapující jejich možnosti volného pohybu s ohledem na stupeň jejich postižení. Ani v jednom z navštívených zařízení nerozhodoval o volném pohybu svého opatrovance opatrovník, což je v souladu s naplňování základních lidských práv klientů.

Možnost volby a rozhodování o svém životě je nový princip nastavený zákonem o sociálních službách. Na rozdíl od direktivního přístupu k chovancům ústavu v minulosti, ukládá zákon 108/2006 Sb. poskytovateli nabídnout klientům možnost aktivně se podílet na kvalitě svého života, a to i tehdy, když se s jeho volbou neztotožňuje. Klient má např. právo na možnost rozhodovat o svém čase. Podle svého rozhodnutí může vstávat, kdy chce, ale musí počítat s tím, že nestihne akce, které jsou v zařízení strukturovány – např. oběd. Je pouze na něm, jakých aktivit (společenských, pracovních aj.) nabízených personálem se aktivně zúčastní. Nemusí se oblékat do ústavního oblečení, v mezích svých možností si aktivně vybírá oblečení, nábytek a zařízení svého bytu. Právo volby se promítá i do oblasti životního stylu, kde je respektováno klientovo rozhodnutí vybrat si ošetřujícího lékaře nebo odmítnout lékařské ošetření, dodržovat či nedodržovat dietu. Personál v žádném případě nesmí a nemůže omezovat klienta v jeho rozhodnutí kouřit a pít alkohol, pokud tento využívá místností k tomu určených. Uvedené příklady naznačují, že velmi často může dojít ke střetu zájmů uživatele a poskytovatele služeb. Příkladem může být rozhodnutí klientky s mentálním postižením, jež žije ve společném bytě se svým přítelem, nebrat antikoncepční prostředky. Poskytovatel musí při tvorbě standardů kvality definovat možné střety zájmů a v tomto případě musí mít zpracován protokol sexuality,

který předjímá tuto situaci a nabízí postup, jak ji řešit.

Ve většinové společnosti je běžně respektováno právo na ochranu soukromí. V pobytových zařízeních tomu tak v minulosti nebylo. Bylo běžné, že chovanci neměli soukromí i v tak intimních situacích, jako je osobní hygiena či návštěva toalety. Proto standard č. 2 zdůrazňuje právo uživatele na ochranu soukromí a řeší ochranu tohoto práva i v tak obecně známých věcech, jako je nedotknutelnost obydlí jako vlastního teritoria a osobních věcí. Respekt k osobnosti uživatele se projeví v běžných životních situacích, které většinová společnost považuje za samozřejmé. Je třeba respektovat názor uživatele, s kým chce sdílet svou bytovou jednotku, jež má být uzamykatelná a od níž má svůj vlastní klíč, a pracovník zařízení do ní může vstoupit jen s jeho souhlasem. Personál nemá právo jakýmkoli způsobem manipulovat s osobními věcmi uživatele bez jeho vědomí, protože se jedná o jeho osobní vlastnictví. V praxi ale často dochází k situaci, kdy je porušováno s dobrým úmyslem klientovi prospět – například při úklidu jeho osobních věcí ve skříni nebo zasahováním do výzdoby a vybavení bytu.

V minulosti byli obyvatelé ústavů sociální péče (zejména s těžkým a hlubokým mentálním postižením) vnímáni veřejností i personálem jako bytosti bez vlastní vůle a názoru. Často s nimi bylo jednáno jako s dětmi nebo dokonce jako s předměty. Tento neosobní a infantilní přístup se promítl do chování uživatelů. Separační syndrom a bezmocnost v uspokojování svých potřeb se projevovala často stereotypními pohyby, agresivním chováním nebo sebepoškozováním. Tyto syndromy neuspokojených potřeb vedly personál k použití restriktivních opatření s cílem zpacifikovat je, zabránit poškození zdraví a předcházet problémům spojeným s uplatňováním vlastní vůle uživatelů. Standard č. 2 řeší vztahy mezi uživatelem a poskytovatelem na zásadě nedotknutelnosti osoby a přesně stanoví oblasti, ve kterých by mohlo dojít ke střetu zájmů. Týkají se každodenních situací, ve kterých má klient možnost uplatnit své právo na respekt ke své osobě – právo rozhodnout o svém vzhledu (délka vlasů, vousů, líčení, výběr oblečení apod.), možnost vybrat si, který z pracovníků mu bude pomáhat v intimních situacích (koupání, WC). Nově stanoví standard Ochrana práv uživatelů práva, která se týkají mezilidských vztahů. Každý klient si podle svého zájmu a sympatií vybírá přátele a známé, se kterými se může podle svých možností stýkat. Nesmí mu být odírán kontakt s rodinou a jeho rodinné vazby jsou podporovány ze strany poskytovatele i tím, že návštěvy v zařízení jsou možné kdykoliv v průběhu dne.

Standard č. 2 se dotýká i tak často diskutovaného tématu, jakým je sexualita lidí s mentálním postižením. Spilková ([online], Orfeus – občanské sdružení. Dostupné na: <http://www.orfeus>) uvádí na základě průzkumu mezi pracovníky PL Bohnice, že 62 %

dotazovaných pracovníků vidí sexualitu mentálně postižených jako naléhavý problém. Často se s ní ve své práci setkává 41,9 % dotazovaných a jen 18,9 % se na tyto situace cítí dostatečně profesionálně připraveno. Přestože o profesní průpravu vztahující se k této problematice projevilo 61,2 % pracovníků zájem, jen 21,9 % z nich bylo proškoleno. Na otázku, zda lidé s mentálním postižením mají právo na sex, odpovědělo 83 % respondentů ano a 1% ne, ostatní neví. Není tedy překvapivé, že postoj pracovníků v sociálních službách k právu lidí s mentálním postižením na sexualitu a rodinný život může být ambivalentní. V současné době jsou pobytová zařízení smíšená, to znamená, že jejich klienti jsou muži i ženy, kteří často bydlí na stejné chodbě a denně se setkávají. V této situaci se často stává, že klienti naváží partnerský vztah a chtějí bydlet společně. Tuto situaci řeší povinnost poskytovatele jim v mezích možností s ohledem na prostorové uspořádání objektu nabídnout společné ubytování³. Uvedené skutečnosti jsou důkazem, že dříve farmaceuticky i výchovně potlačovaná sexualita klientů je v současnosti poskytovatelem přijímána jako přirozená součást klientovy osobnosti a poskytovatelé právo uživatele na sexuální život řeší jako přílohu standardu č. 2 – protokol sexuality. Tato příloha podrobně popisuje možné problémy, kterými může být masturbace ve společnosti ostatních klientů, odmítnutí antikoncepce, sexuální obtěžování apod. a nabízí pracovníkům zařízení profesionální postup při jejich řešení v souladu se standardem č. 2. Ze Zprávy ombudsmana z návštěv zařízení pro osoby se zdravotním postižením (2009) vyplývá, že přirozená sexualita uživatele sociální služby není v řadě pobytových zařízení přijímána jako normální a je farmaceuticky potlačována. „Bylo zjištěno, že systematická práce s tématem (sexualita klientů), chybí téměř ve všech domovech. Pracovníci jsou odkázáni na vlastní intuici a zkušenosti, což je nedostatečné a může to znamenat rozdílný přístup. Navíc dochází k projekci postojů personálu na situaci klientů, takže se může jednat i o přístup špatný“ (2009b, str. 55). Proto ombudsman doporučuje v mezích možností vytvářet v domovech přirozené prostředí ve smyslu zastoupení obou pohlaví a zpracovat poskytovateli protokol sexuality⁴.

Jedním z dlouhodobých cílů v zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe je zaručit uživateli právo na důstojné zacházení. Objektivně lze konstatovat, že i ve většinové společnosti není toto právo všeobecně přijímáno. Dospělí lidé v pobytových zařízeních jsou často kvůli svému handicapu stavěni do role dítěte a tento úhel pohledu na klienty ovlivňuje chování personálu k nim. Proto standard č. 2 stanoví zásady, jak porušování práva na důstojnost

3 Dobrá praxe: Zařízení podporuje partnerské soužití svých klientů. Pár má možnost bydlet společně. I když se jedná o osoby s těžkým mentálním postižením, jejich soužití je pozitivní mimo jiné i v tom, že partnerka, která je mobilní a verbálně komunikuje, tlumočí potřeby a přání svého partnera personálu, podporuje ho v samostatném pohybu a dohlíží nepřetržitě na jeho zdravotní stav – muž má časté epileptické záchvaty.

4 Dobrá praxe: Zařízení má zpracován protokol sexuality, se sexualitou klientů s mentálním postižením je systematicky pracováno v rámci individuálního plánování. V zařízení je počítáno s edukací personálu a problematikou se zabývá vyčleněná pracovnice.

předcházet. Uživatel je komplexní osobnost se specifickými potřebami, proto nemá být osloven jinak, než svým jménem (příjmením) a pokud si přeje, aby mu personál tykal, mělo by se jednat o oboustranné tykání. Nepřípustné je používání přezdívky, pokud si ji klient sám nepřeje a nemá se užívat zdrobnělin jména. Způsob oslovení, který si klient vybere, má být zaznamenán v osobní dokumentaci klienta, do které má uživatel právo nahlížet. Právo na důstojné zacházení nelze naplnit direktivním způsobem, ale standardy kvality sociálních služeb a inspekce kvality se na jeho dodržování zaměřují a je v zájmu managementu zařízení motivovat své zaměstnance k pozitivnímu, kultivovanému a rovnému přístupu k uživatelům, který uplatňují v každodenních situacích.

V době zavádění standardů kvality bylo často diskutováno právo klientů svobodně se rozhodnout a právo přiměřeného rizika. U uživatelů sociálních služeb se předpokládá snížená soběstačnost a pomoc druhé osoby. Cílem služby je na druhé straně podpořit silné stránky klienta a v mezích možností soběstačnost a nezávislost člověka při uspokojování svých potřeb zvýšit. Zde dochází často ke střetu zájmů uživatele a poskytovatele. Povinností poskytovatele je vytvořit bezpečné a co nejpřirozenější prostředí, ve kterém může klient provádět běžné denní činnosti. Ochranitelský postoj ke klientům je v dnešních sociálních službách překonán a filozofie současné sociální péče je založena na právu klienta na přiměřené riziko, kterému klient může být vystaven, podobně jako je každý jedinec ve většinové společnosti denně vystavován rizikům a nebezpečím. Hranice mezi nebezpečným chováním a přiměřeným rizikem je obtížně definovatelná a ve standardu č. 2 musí mít poskytovatel jasně stanoven, jak a při kterých činnostech má být riziko minimalizováno. Základem pro stanovení oblastí možných rizik je získání podrobných informací o klientovi a společné sestavení individuálního plánu, jehož obecným cílem je zvýšení kvality života klienta a snížení jeho závislosti na jiných osobách. Výjimečně lze nepodporovat klienta, který vyžaduje rizikovou činnost, jež nezvládne ani s pomocí druhé osoby – např. cestování veřejnou dopravou do neznámého místa a ve spolupráci s ním již byly podniknuty veškeré kroky k minimalizaci rizika s cestováním spojené. Podobně lze postupovat při využívání vlastních domácích spotřebičů a samostatného pohybu mimo zařízení.

Právo vlastnit majetek má každý uživatel sociálních služeb, a to i ten, který byl zbaven způsobilosti k právním úkonům. Omezení a zbavení právní způsobilosti ve svém důsledku omezuje nebo zbavuje uživatele služby možnosti svůj majetek koupit, prodat nebo darovat. V této oblasti je uživatel zcela závislý na druhé osobě, kterou je opatrovník. Zbavení způsobilosti k právním úkonům zcela vylučuje, aby si uživatel obstarával nákup věcí osobní spotřeby. Z tohoto pohledu je ochrana majetku osob zbavených právní způsobilosti

kontraproduktivní, protože je žádoucí učit klienty hospodařit s penězi v rámci sociální rehabilitace, jež má vést k obecnému cíli sociálních služeb – integraci do většinové společnosti⁵.

Šiška (2005) uvádí, že práce je určující substancí lidského života. V životě každého člověka hraje nezastupitelnou roli a je zdrojem získávání nových zkušeností, ekonomické nezávislosti a společenského statusu. Je jedním ze způsobů, kterým většina lidí pokračuje v učení a rozvíjení svých kompetencí. Člověk s handicapem býval v minulosti z pracovního procesu zcela vyčleněn, nebo naopak bylo jeho práce zneužíváno. Práce je způsob zapojení jedince do společnosti, je zdrojem příjmů a sebeúcty. „*Právo na zaměstnávání je podle zákona č. 1/1991 Sb., o zaměstnanosti v platném znění, zaručeno všem občanům, mimo jiné bez ohledu na zdravotní stav. Právní předpisy kromě toho garantují i nárok na pracovní uplatnění přiměřené jejich pracovním schopnostem – vyhláška č. 115/1992 Sb., o provádění pracovní rehabilitace občanů se změněnou pracovní schopností*“ (Vysokajová, 2000, str. 85). Uživatelé sociálních služeb mohou pracovat pro osobní potřebu (vedení vlastní domácnosti), v rámci ergoterapie a volnočasových aktivit realizují svou potřebu pracovat a tvořit např. v řemeslných dílnách. Uvedené pracovní činnosti nejsou honorované. Má-li klient hlubší zájem o práci a je-li to v jeho reálných možnostech, může on, v případě, že je zbaven právní způsobilosti, jeho opatrovník, uzavřít pracovní smlouvu s poskytovatelem, pracovat v chráněné dílně nebo využít možnosti podporovaného zaměstnání. V tomto případě dostává za svou práci finanční odměnu. „*Metoda podporovaného zaměstnávání je pružný systém podpory lidí s těžším stupněm mentálního postižení na jejich cestě v integrovaném prostředí. Podpora se poskytuje jak jedinci s handicapem, tak jeho zaměstnavateli*“ (Šiška, 2005, str. 53). Podpora uživatele v aktivním zaměstnávání je pro poskytovatele jednou z mnoha možností, jak zabránit jeho sociálnímu vyčlenění, podpořit jeho snahu o ekonomickou nezávislost a integrovat se do společnosti (např. do pracovního kolektivu)⁶.

Právo na vzdělání je základním právem každého člověka. Je garantováno Ústavou ČR a Listinou práv a svobod. Poskytovatel sociálních služeb má povinnost podporovat další vzdělávání svých uživatelů a naplnit tak jejich právo vzdělávat se. V praxi je tato část standardu č. 2 realizována nabídkou celoživotního vzdělávání klientů. „*Koncepce celoživotního učení zahrnuje kurzy, po jejichž absolvování se neuděluje státní osvědčení, ale které nicméně*

5 Dobrá praxe: V zařízení je uživatelům nabízena sociální služba cvičný stánek, kde klienti mají možnost obstarat si drobné nákupy ze svého kapesného. Klienti s lehkým a středně těžkým mentálním postižením platí sami - hotově. Ostatním klientům nabízí tato služba možnost si zboží vybrat a klíčový pracovník je zaplatí z jejich kapesného. Uživatelé tedy nejsou zcela závislí na pomoci klíčových pracovníků a mohou zakusit možnost volby, např. při vlastním výběru sladkostí.

6 Dobrá praxe: Poskytovatel spolupracuje dlouhodobě s agenturou podporovaného zaměstnávání Rytmus. Podařilo se zaměstnat tři klienty. Jeden pracuje jako pomocná síla v kuchyni v soukromé restauraci, další pracuje jako vodič psů v útulku a třetí je zaměstnán domově pro seniory jako pomocná síla při úklidu.

představují důležitou nabídku vzdělávání pro osoby s mentálním postižením“ (2005b, str. 35). Zákon 561/2004 Sb. zohledňuje vzdělávání žáků se specifickými vzdělávacími potřebami, z nichž někteří mohou být klienty domovů pro osoby se zdravotním postižením. Tito uživatelé mohou navštěvovat základní školu speciální, nebo praktickou školu, kde jsou vzdělávání podle příslušného školního vzdělávacího programu v souladu s individuálním vzdělávacím plánem, který respektuje jejich specifické potřeby. V závěrečné Zprávě ombudsmana z návštěv zařízení (2009) se mimo jiné doporučuje, aby školská zařízení a zařízení sociálních služeb zkoordinovaly své výchovné a vzdělávací cíle (v případě, že klient sociálních služeb dochází do školy) a zkvalitnily tak proces celoživotního vzdělávání klientů sociálních služeb⁷.

Ochrana práv uživatelů sociální služby definuje tzv. možné zdroje problémového chování. Každý poskytovatel se více či méně často setkává s problémovým chováním svých klientů. Při ochraně jejich práv vycházíme z předpokladu, že každé neobvyklé chování má svou skrytou příčinu a pramení z nenaplnění klientových potřeb. Zejména osoby s mentálním postižením, demencí a kombinovaným postižením mají problém vyjádřit své pocity tak, aby je jejich okolí pochopilo. Proto je úkolem každého poskytovatele, aby prostřednictvím svých zaměstnanců monitoroval neobvyklé chování uživatele a snažil se pochopit, co klient cítí, proč se se tak chová a co se svým neobvyklým chováním snaží svému okolí sdělit.

Práce s klienty s těžkým zdravotním postižením klade vysoké nároky na lidskost a profesionalitu zaměstnanců sociálních služeb, protože oni jsou často jediní, kteří dávají uživateli zpětnou vazbu. Standard č. 2 má definovat konkrétní nevhodné chování personálu a předcházet mu. Podle Čermákové a Johnové (2008) se v sociálních službách můžeme setkat s těmito nepřijatelnými postoji personálu, které jsou nepřijatelné a porušují základní lidská práva:

•**Podvádění:** pracovník chce klienta motivovat k určité činnosti – např. k užívání léků, proto použije lži a sdělí mu, že byla na návštěvě jeho matka, která si přeje, aby léky užíval. Vzkazuje, že pokud klient neposlechne, již za ním nepřijede. Toto řešení je účelové, může přinést krátkodobý úspěch, ale dlouhodobě uvádí klienta do zmatku a vede k problémovému chování.

•**Zneschopňování:** pracovník chce ušetřit čas a za klienta vykoná činnost, kterou by on zvládl sám, pouze by k uvedené činnosti potřeboval více času. Klasickým příkladem je oblékání,

⁷ Dobrá praxe: V zařízení pro osoby s mentálním postižením je klientům umožněno využít nabídky vzdělávání, které je realizováno třemi možnými způsoby. Klienti starší, kteří nemají zájem o pohyb mimo zařízení, docházejí podle svého zájmu do učebny přímo v domově, kde je jim nabízena možnost oživit své schopnosti získané v průběhu školní docházky – opakování trivia, luštění křížovek, psaní dopisů apod. Mladší klienti, kteří mají zájem o pohyb mimo zařízení, dojíždějí jednou za týden do nejbližšího města, kde má poskytovatel pronajatou učebnu, kde si opět podle svého zájmu pod vedením pracovníka zařízení dále prohlubují znalosti trivia. Hlavním přínosem je zde získání schopnosti samostatně cestovat do známého místa, kde na ně čeká zaměstnanec domova. Po skončení bloku, jehož součástí je i pohyb po městě, uskutečnění drobných nákupů a kontakt s většinovou společností, klienti opět cestují samostatně vlakem až do zařízení. Třetí skupina je tvořena klienty, kteří navštěvují samostatně základní školu praktickou a praktickou školu. Zde jsou vzdělávání v rámci školního vzdělávacího programu.

drobný úklid, jídlo. Tento přístup personálu ke klientovi prohlubuje jeho závislost na druhé osobě a tím snižuje kvalitu jeho života, dlouhodobě dochází u klienta k „zapomínání“ naučených a dříve využívaných schopností a dovedností.

- Infantilizace:** jedná se o nevhodný způsob chování pracovníka ke klientovi, vycházející z postoje personálu, že klient (s demencí, mentálním postižením) je malé dítě. Subjektivně lze toto chování posuzovat jako kladný vztah ke klientovi, objektivně se ale jedná o porušování práva na důstojnost a respekt.

- Zastrašování:** pracovník motivuje klienta k požadovanému chování tak, že využívá jeho obavy z např. lékaře, hospitalizace apod., která je důsledkem jeho zdravotního postižení.

- Nálepkování:** jedná se o nevhodný způsob vyjadřování se zaměstnance o klientech, které vychází z jejich chování nebo postižení. Je to „ten, co se pořád kýve“, „ta, co se pomočuje“, „ten ležák, dauník“ apod.

- Stigmatizace:** je nepřipustný postoj pracovníka, jenž má k cílové skupině odpor a zášť. Stigmatizací se ve standardu č. 2 rozumí i používání jednotného ústavního oblečení, způsob stolování s použitím např. plastového nádobí a bryndáku a izolace některých uživatelů. Tento postoj by měl být vedením odhalen a striktně řešen.

- Nerespektování tempa:** je způsob porušování individuálního přístupu ke klientovi, kdy pracovník, často úmyslně, nepřizpůsobí své komunikační a pracovní tempo klientovi. Ten je zmatený, dezorientovaný a reaguje problémovým chováním.

- Odhánění:** je nepřipustný způsob jednání pracovníka, který odmítá reagovat na klientovu potřebu komunikace s ním nebo potřebu jeho blízkosti.

- Zvěčňování:** je manipulace s klientem jako s věcí. I když je uživatel v důsledku svého postižení trvale upoután na lůžko, musí s ním ošetřující personál jednat s respektem.

- Ignorování:** pracovník se v přítomnosti klienta chová tak, že o něm mluví ve třetí osobě, nerespektuje jeho osobní zónu, vchází do jeho pokoje bez zaklepání apod.

- Vnucování:** personál nerespektuje klientovu volbu a vnucuje mu své názory, mnohdy s přesvědčením, že dělá vše pro jeho dobro.

- Odpírání pozornosti:** je záměrné ignorování uživatele a jeho potřeb.

- Obviňování:** je citový nátlak na uživatele, který v důsledku svého postižení nezvládl zadaný úkol nebo způsobil personálu pracovní komplikace (pomočení, neúmyslné rozbití nádobí apod.)

- Vyrušování:** pracovník nerespektuje klientovu činnost a vstupuje do ní. Důvodem může být příliš strukturovaný režim, kdy je klient např. vzbuzen nebo musí odejít od aktuální činnosti proto, že se bude koupat.

•**Vysmívání a ponižování:** je hrubé porušení práva na respektování individuální zvláštnosti klienta.

V minulosti bylo problémové chování v sociální péči řešeno uplatňováním restriktivních metod. *„Za restriktivní postup se označuje jednání, při kterém pracovník zařízení překročí hranici obvyklou ve vztazích mezi dospělými. Těží přitom z převahy svého postavení nad druhým člověkem“* (Čermáková, Johnová, 2008, str. 29). Standard č. 2 ukládá poskytovateli zpracovat postup při jejich použití a definovat situace, kdy jich je možno využít. V žádném případě nesmí být restriktivní opatření trestem za nevhodné klientovo chování a jejich nadměrné užití je považováno za týrání. Základním východiskem je myšlenka, že každé problémové chování je důsledkem neuspokojených klientových potřeb, především potřeby bezpečí a sebeúcty. Proto musí použití restriktivních metod předcházet vyčerpání všech doporučených možností, jak klienta zklidnit a odvést jeho pozornost od aktuálního problému. V praxi sociálních služeb lze použít několik způsobů omezení. Mechanické omezení se uskutečňuje pomocí rukavic, dlah, pouta a zádržných křesel a svěrací kazajky. Znemožnění pohybu a uvedení klienta do polohy, ve které nemůže být nebezpečný ani sobě ani ostatním, je fyzické omezení. Při vystupňované agresi lze klienta krátkodobě izolovat v oddělené místnosti. Krajním řešením je potom uzamčení dveří a restrikce pomocí psychofarmak. Aby nedocházelo ke zneužívání restriktivních opatření personálem, jsou v příloze standardu č. 2 vypracována pravidla jejich využití. Rozhodnutí o restriktivní zásahu musí vydat celý pracovní tým, musí o něm být veden písemný záznam a později by měl být vyhodnoceny příčiny vzniku a jeho účinek na klienta.

Standard č. 2 Ochrana práv musí mít poskytovatel podrobně rozpracován, protože je konkrétním metodickým návodem k ochraně práv osob v nepříznivé životní situaci, tedy osob snadno zranitelných a využitelných. S jeho obsahem by měli být seznámeni všichni pracovníci zařízení – vedení, provozní zaměstnanci a ošetřující personál, pokud zařízení spolupracuje s externími pracovníky, i oni by měli být o ochraně práv uživatelů služby informováni. Zájemce o sociální službu nebo jeho zákonný zástupce má být seznámen se svými právy (ale i povinnostmi) již při vyjednávání s poskytovatelem a jeho informovanost o nich je základním předpokladem respektování jeho individuálních potřeb a zvláštností v průběhu poskytování sociální služby. Lze polemizovat o tom, zda si může klient s těžkým mentálním nebo kombinovaným postižením uvědomovat svá práva. Vycházíme z předpokladu, že ano, jeho uvědomění si vlastních práv a možností jejich uplatnění se přímo váže na jeho nejbližší okolí, které je v pobytových službách utvářeno pracovním týmem zařízení. Bude-li vidět ze strany pracovníků úctu a respekt k sobě navzájem a k ostatním uživatelům, jeho sebeuvědomění se

zvýší a začne si své potřeby zvědomovat. Uskutečněním ochrany práv klienta - uživatele sociální služby jsou takřka ze dne na den kladeny nové požadavky na přístup pracovníků sociálních služeb k jejich uživatelům. Změny, které požaduje zákon o sociálních službách, lze uskutečnit v krátkém čase v oblasti vytvoření metodiky, ale konkrétní změny v přístupu a proces zvnitřnění nových pravidel u jednotlivých pracovníků, je cíl dlouhodobý, jehož průběh je nutné monitorovat a kontrolovat formou inspekcí kvality, protože došlo ke změně pravidel v poskytování služby, ale většina zaměstnanců sociálních služeb zůstává na své pracovní pozici. Ochrana práv má návaznost na další standardy, především na standard č. 5 Individuální plánování a standard č. 7 Stížnosti na kvalitu služby. Součástí standardu v praxi jsou přílohy, které konkrétně a podrobně popisují oblasti střetu zájmů a postup při jejich řešení. Jsou jimi např. Pravidla pro používání restriktivních opatření, Etický kodex pracovníků, Protokol sexuality klientů, Pravidla pro používání postranic u lůžka, Směrnice pro umožnění volného pohybu klientů apod.

Standard č. 2 je v dobré praxi zárukou vyšší kvality života uživatele sociálních služeb. Každý pracovník domova s ním musí být podrobně seznámen a vedení domova zodpovídá za jeho naplňování⁸. „*Management, je tím, kdo má ve většině zařízení největší odpovědnost za celý proces poskytování služeb. Je tím, kdo zodpovídá zřizovateli za hladké poskytování služeb a zároveň tím, kdo je zodpovědný za výsledky inspekce*“ (Kostečka, Pektor, Ghayyadová, 2008, str. 8). Ochrana práv uživatelů sociálních služeb se proto stává nejčastějším předmětem inspekcí v sociálních službách.

⁸ Dobrá praxe: V zařízení je součástí pracovní smlouvy i podpis protokolu, kterým zaměstnanec ztvrdzuje, že byl seznámen se standardem Ochrana práv klientů.

1. 4. 3 Standard č. 3

Jednání se zájemcem o službu

„Zájemce o službu je před uzavřením dohody seznámen se všemi podmínkami poskytování služby. Pracovník zařízení zjišťuje, co zájemce od služby očekává, a společně pak formulují, jakým způsobem bude poskytovaná služba cíle naplňovat“ (Čermáková, Johnová, 2008, str. 31).

Standard č. 3 ukládá poskytovateli povinnost mít písemně zpracován postup vyjednávání se zájemcem o službu. Definuje kdo, kde a jakým způsobem vyjednávání vede, jaké jsou jeho formy a jakým způsobem pověřený pracovník podporuje zájemce ke stanovení osobních cílů v užívání služby. Specifikuje mimořádné situace, které mohou vyjednávání ztížit, kterým je zpravidla aktuální sociální a zdravotní stav zájemce. Zájemce přichází s konkrétní zakázkou a je nutné, aby společně s poskytovatelem v průběhu jednání našli způsob, jak ji naplnit. Vyjednávání zájemce o sociální službu s poskytovatelem je závažným aktem především pro budoucího uživatele. Standard č. 3 stanoví všechna kritéria, která mají vliv na kvalitní informovanost klienta, vzbuzení jeho aktivního zájmu o službu a ujasnění si osobních cílů, které bude služba naplňovat. Zohledňuje specifické potřeby zájemce a podrobně rozpracovává obsah a průběh jednání, jehož cílem je uzavření dohody o poskytování sociální služby.

Každý druh poskytované služby a cílová skupina má svá specifika. Proto je důležitá forma, kterou jsou zájemci informováni o službě. Cílem standardu č. 3 je potom poskytnout zájemci co nejvíce informací přiměřenou formou tak, aby se předešlo budoucím nedorozuměním. Zájemce přichází na vyjednávání většinou již částečně informován a je mu znám veřejný závazek zařízení sociálních služeb. V zařízeních pro osoby s mentálním postižením se vyjednávání účastní spolu se zájemcem i jeho opatrovník. Pokud je to nevyhnutelné, musí být podle zákona o sociálních službách jednání přítomen i tlumočník (např. do znakového jazyka), sociální pracovník a asistent. Za zařízení vyjednává zpravidla sociální pracovník, který byl vyjednáváním pověřen a proškolen. Při jednání s člověkem s mentálním postižením musí vyjednávající osoba používat jednoduché věty, ubezpečovat se, zda zájemce rozuměl otázce, věnovat pozornost řeči těla a poskytnout zájemci dostatek času k vlastnímu vyjádření svých potřeb a přání. V pobytových zařízeních sociálních služeb je vhodné nabídnout zájemci a jeho doprovodu možnost strávit v zařízení delší dobu (doporučen je jeden den), aby mohl získat informace vlastním pozorováním a dotazováním se na konkrétní věci. Zájemce nebo jeho doprovod zpravidla zajímá finanční stránka poskytovaných služeb, dostupnost návazných služeb, ubytovací prostory, možnosti vzdělávání a zaměstnávání a další konkrétní

záležitosti. Místem, kde je služba dojednávána, je v praxi většinou kancelář sociálního pracovníka zařízení, ale podle standardu č. 3 je možné zájemci nabídnout i možnost vyjednávání služby ve vlastní domácnosti, pokud se tam cítí bezpečněji nebo je pohybově omezen. Při vyjednávání se zájemcem je vždy třeba brát ohled na jeho potřeby, přání, míru schopnosti komunikovat a osobní cíle. Pověřený pracovník musí mít vysoké profesionální a lidské schopnosti, aby se zájemcem navázal pozitivní vztah. Pokud osoba pověřená poskytovatelem vyjednáváním při dialogu se zájemcem postupuje necitlivě a neprofesionálně, není standard č. 3 naplněn. O jednání se zájemcem o sociální službu musí být pořízen písemný záznam, který je součástí dokumentace uživatele. Součástí standardu č. 3 je příloha, ve které je konkrétně a podrobně popsán scénář vyjednávání se zájemcem a osoby vyjednáváním pověřené. Nejvýznamnější částí vyjednávání, která je pro uživatele zásadní, je stanovení osobních cílů. Osobní cíl by si měl zájemce stanovit sám s přihlédnutím ke svým možnostem a schopnostem. Pracovník pověřený vyjednáváním ze strany poskytovatele má v tomto případě roli člověka objasňujícího nabídku zařízení a možnosti budoucí spolupráce na naplnění osobních cílů. Základním cílem vedoucím k uzavření dohody je oboustranná shoda, že druh a rozsah poskytované služby odpovídají potřebám zájemce a možnostem poskytovatele. V případě, že se poskytovatel a žadatel při vyjednávání nedohodnou o následném uzavření dohody, protože poskytovatel nemůže poskytnout požadovanou službu, nemá dostatečnou kapacitu nebo žadatelův zdravotní stav vylučuje poskytnutí služby, je možné je podle § 91 zákona o sociálních službách odmítnout. Ve standardu č. 3 musí být konkrétně uvedeny diagnózy, které k odmítnutí služby vedou. V případě odmítnutí zájemce standard č. 3 ukládá povinnost vrátit osobní materiály žadatele a své odmítnutí zdůvodnit. Ostatní písemné záznamy podléhají běžné skartační lhůtě. O odmítnutých zájemcích si zařízení vede evidenci.

1. 4. 4 Standard č. 4

Dohoda o poskytování služby

„Sociální služby jsou uživateli poskytovány na základě uzavřené dohody o poskytování služby. Dohoda stanoví všechny důležité aspekty poskytování služby včetně osobního cíle, který má služba naplňovat“ (Čermáková, Johnová, 2008, str. 41).

Po úspěšném vyjednávání mezi zájemcem o sociální službu a poskytovatelem sociálních služeb mohou obě uvedené strany přistoupit k uzavření dohody o poskytování sociální služby. K uzavření dohody přistupuje zájemce a uživatel v případě, že při vyjednávání došlo ke konsenzu a obě smluvní strany jsou ochotné dohodu uzavřít a stanovit tak bližší podmínky poskytování služby. Poskytovatelé nestátní se při uzavírání dohody řídí § 73 zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení. Veřejnoprávní subjekt vychází při uzavírání dohody z § 48 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a zákona č. 114/1988 Sb. Podle Čermákové a Johnové (2008) má mít dohoda obecné náležitosti občanskoprávních závazkových vztahů a současně musí obsahovat ujednání. Standard č. 4 definuje přesně, kdo za poskytovatele dohodu uzavírá, tedy kdo je osoba pověřená podpisem smlouvy za zařízení. V případě uzavírání dohody to nemusí být vždy pracovník, který vedl vyjednávání. Dohoda má dvě možné formy - ústní a písemnou. V pobytových zařízeních se zásadně uzavírá písemná forma dohody, kterou podepisuje pověřená osoba za poskytovatele a žadatel, který se stává klientem, v případě zbavení nebo omezení právní způsobilosti podepisuje smlouvu za žadatele zákonný zástupce – opatrovník. Formulář dohody je vypracován na základě zákonné normy, musí obsahovat povinné údaje, kterými jsou: osobní data žadatele a údaje o poskytovateli. Jmenovitě je uveden pověřený pracovník. Smlouva stanoví rozsah poskytování služby, kterými jsou v pobytových zařízeních ubytování, stravování, úkony péče a fakultativní činnosti poskytované nad rámec základních činností. Povinnou částí smlouvy je výše úhrady a způsoby jejího placení podle příjmu žadatele. Ve druhé části smlouvy je ujednání o dodržování vnitřních pravidel, výpovědní důvody, výpovědní lhůty a doba platnosti smlouvy. Standard č. 4 informuje žadatele i pracovníky o způsobu, uzavírání dohody o poskytování služby, přesně vymezuje kdo je osoba pověřená uzavíráním dohody a definuje případy, kdy je služba ukončena ze strany poskytovatele. Podrobné rozpracování metodiky uzavírání dohody předchází komplikovaným situacím, kdy není jasné, za jakých podmínek lze službu ukončit. Přílohami standardu č. 4 bývá zpravidla formulář dohody, prohlášení žadatele a vstupní dotazník, soupis osobních věcí, formulář písemného vyrozumění o přijetí do zařízení, vnitřní řád zařízení a seznam návazných služeb a nabídka kontaktů na podobná zařízení.

1. 4. 5 Standard č. 5

Plánování a průběh služby

„Poskytování služeb vychází z osobních cílů a potřeb uživatele a je postaveno především na jeho schopnostech. Průběh služby je přiměřeně plánován“ (Čermáková, Johnová, 2008, str. 45).

Předpokládáme-li, že uživatelem sociální služby je člověk se zdravotním postižením nebo sociálním znevýhodněním, je obecným cílem služby sociální začleňování podle § 3 zákona 108/2006: *„Sociální začleňování je proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do života společnosti a žít životem, který je ve společnosti považován za „běžný“.* Uzavření dohody je začátkem dlouhodobého kontinuálního procesu individuálního plánování, v jehož průběhu je plnění osobních cílů pravidelně revidováno. V tomto procesu je nutné, aby poskytovatel prostřednictvím svých zaměstnanců, zejména klíčových pracovníků, motivoval klienta k aktivní činnosti při definování a plnění osobních cílů služby. *„Každý individuální plán je (stejně jako smlouva) vyjádřením vzájemného závazku a vymezením odpovědnosti zúčastněných stran. Jde o kvalitativně významný proces, který nelze zcela jednoznačně rámovat časem nebo počtem setkání“* (Johnová, Haifo, Klíma aj., 2008, str. 92).

Standard č. 5 podrobně stanoví a rozpracovává pravidla, kterými se řídí stanovení osobních cílů, individuální plánování a jeho hodnocení. Dále stanoví, jakým způsobem se bude individuální plánování zaznamenávat a kdo je za vedení záznamu zodpovědný.

Stanovení osobního cíle je náročný proces, který je veden formou dialogu klienta a zástupce uživatele – klíčového pracovníka. V pobytových službách není nutné stanovit osobní cíl hned po zahájení služby, je ale potřeba od zahájení mapovat potřeby klienta a z jejich znalosti pomoci klientovi jeho osobní cíl stanovit. *„Za cíl spolupráce můžeme považovat stav změny, který by měl nastat spolupůsobením uživatele a poskytovatele služeb“* (2008b, str. 79). Zejména v zařízeních pro osoby s mentálním postižením je obtížné u některých klientů s těžkým a hlubokým mentálním postižením zjistit jejich potřeby. Klíčový pracovník vychází z pozorování klienta a neverbálního chování, které je v mnoha případech jediným způsobem komunikace. V uvedených případech mohou pomoci lidé blízcí, kteří svého klienta znají a mohou se do individuálního plánování zapojit. Osobní cíl klienta musí být reálný, konkrétní, dosažitelný, přiměřený možnostem klienta a zařízení a měřitelný. Pracovník, kterého si klient určil jako klíčového, má z profesionálního i lidského hlediska zodpovědnost za klientovu

spokojenost, protože ta je výsledkem naplnění jeho potřeb a tedy osobních cílů. Konkrétnost osobního cíle znamená stanovit si zdroje, jimiž jsou možnosti klienta a zařízení. Dále je třeba stanovit dílčí cíle – kroky a čas, kdy by mělo být cíle dosaženo. Ve formuláři individuálního plánování je nutné popsat, jak se bude plánování odehrávat, kdo se ho bude účastnit, kde se uskuteční a kdo ho bude organizovat⁹.

V praxi se lze ale často setkat s individuálním plánováním, které je formální, je pouze vykazováno v dokumentaci klienta a stojí „mimo něj“. Standard č. 5 musí proto obsahovat kritéria, podle kterých klíčový pracovník rozpozná, zda jeho spolupráce s klientem na individuálním plánování vede ke zvýšení kvality klientova života. Znamená to uplatňovat při dialogu s klientem následující principy:

- princip zaměření se na kladné stránky klientovy osobnosti
- princip aktivity klienta
- princip využívání formálních a neformálních zdrojů při zjišťování potřeb
- princip individuálního přístupu
- princip partnerství ve vztahu klient – klíčový pracovník
- princip podporování představ o vlastním životě klienta
- princip stanovení dílčích cílů, které vedou k naplnění osobního cíle

Přenesením odpovědnosti za poskytování služby na konkrétního pracovníka se sociální služba přizpůsobuje potřebám uživatelů a dává možnost uplatňovat zásadu individuálního přístupu ve vztahu poskytovatele k uživateli. Role klíčového pracovníka v sobě kombinuje řadu rolí – klíčový pracovník zpravidla:

- zjišťuje přání, zájmy a potřeby klienta
- koordinuje tým, který je do služeb konkrétního uživatele zapojen
- zodpovídá za vytvoření, aktualizaci a realizaci individuálního plánu

V praxi klíčový pracovník realizuje klientovy nákupy, pomáhá mu s kontakty s rodinou, pomáhá mu řešit jeho osobní problémy a často se klientovi stává terapeutem a poradcem. V pobytových službách si klient vybírá svého klíčového pracovníka zpravidla v průběhu

⁹ Dobrá praxe: v zařízení pro osoby s mentálním postižením se lze setkat např. s osobním cílem klienta samostatně jezdit vlakem do místa svého bydliště. Cíl je konkrétní a je-li v možnostech přiměřeného rizika, lze jej po jednotlivých krocích naplnit. Prvním krokem je nácvik jízdy vlakem včetně zakoupení jízdenky na kartu ZTP/P v doprovodu klíčového pracovníka. Dalším krokem může být klientova samostatná jízda vlakem do cíle své cesty, kde jej na nádraží bude čekat rodič. V této fázi si klient nacvičí, jak řešit mimořádné situace v případě, že je vlaková výluka nebo přejede cílovou stanicí. Nácvik probíhá tak, že se klient naučí používat kartičku s telefonním číslem, mobilní telefon nebo se naučí požádat o pomoc jiného člověka. Třetím krokem, který cíl naplní, je samostatná jízda vlakem na známé trase po telefonické domluvě s rodičem. Klíčový pracovník v této konkrétní situaci umožnil klientovi dosáhnout svého osobního cíle tím, že zredukoval rizika spojené se samostatným cestováním a nacvičil s ním jízdu vlakem po známé trase.

počátku služby, hlavním hlediskem výběru jsou osobní sympatie a důvěra ze strany klienta. Klíčový pracovník je zodpovědný za vedení dokumentace, která zaznamenává individuální plánování, za revize plánů a koordinování pracovního týmu, který klientovi zajišťuje služby. Součástí standardu č. 5 musí být proto vymezení povinností klíčového pracovníka a možnosti jeho dalšího vzdělávání.

Tvorba individuálního plánu pro klienty pobytových služeb je často ztížena tím, že klient není schopen vyjádřit své představy a přání např. v důsledku svého mentálního omezení. Proto standard č. 5 klade důraz na organizaci plánování, jehož hlavním cílem je umožnit klientovi porozumět smyslu a cíli plánování. Hlavní roli zde opět hraje klíčový pracovník, který má sestavit tzv. osobní profil klienta, ze kterého lze zjistit klientovy preference v různých oblastech jeho života – doma, v práci, ve volném čase a podobně. V metodice individuálního plánování v konkrétním zařízení lze stanovit vzorové otázky k sestavení osobního profilu, které jsou přílohou standardu.

Součástí individuálního plánu je práce se zdroji, jež slouží k jejich naplnění. Podle Čermákové a Johnové (2008) patří mezi vnější zdroje, které pomáhají sociálnímu začleňování zdroje neformální – známí, sousedé, rodina apod. a formální – různé instituce, komerční a veřejné služby apod. Hlavní zdroje naplňování osobních cílů jsou zdroje vnitřní, tedy konkrétní schopnosti dovednosti uživatele, které mohou být dále rozvíjeny za pomoci poskytovatele. Je-li tedy stanoven cíl na základě osobního profilu a zjištěny možné zdroje, zbývá naplánovat strategii k jeho naplnění.

Poskytovatel má sice povinnost podporovat své uživatele při naplňování jejich základních lidských práv (standard č. 2), ale při realizaci osobních cílů uživatelé často řeší situaci, kdy na je na jedné straně osobním cílem klienta např. volný pohyb mimo zařízení a na straně druhé jsou klientova mentální a jiná omezení, která s sebou nesou rizika s volným pohybem spojená. Správná strategie plánování spočívá i v tom, že součástí individuálního plánu je protokol možných rizikových situací a nácvik jejich zvládnutí. V závěrečné Zprávě ombudsmana (2009) je doporučeno, aby jednotlivá zařízení přistupovala ke svým klientům individuálně a pečlivě zvažovala možná rizika, která jsou definována v individuálním plánu klientů s cílem naplnit v co nejvyšší míře jejich právo na volný pohyb.

Význam procedurálního standardu č. 5 jako metodického návodu k individuálnímu plánování je v jeho správné aplikaci při zjišťování potřeb, stanovení osobních cílů, definování zdrojů, naplňování správné strategie a hodnocení plnění cílů. Jeho podrobné zpracování včetně příloh a formulářů pro individuální plánování je jedním ze základních předpokladů pro spokojenost klientů a zvýšení kvality jejich života. Vychází-li individuální plán klienta z dobré

znalosti jeho potřeb a přání a je-li stavěn na podpoře jeho silných stránek, je zárukou dalšího rozvoje jeho osobnosti a naplnění osobního cíle vedoucího ke snížení závislosti na sociálních službách.

1. 4. 6 Standard č. 6

Osobní údaje

„Zařízení shromažďuje a vede takové údaje o uživatelích, které umožňují poskytovat bezpečné, odborné a kvalitní sociální služby. Zařízení vytváří podmínky k tomu, aby zpracování osobních údajů odpovídalo platným obecně závazným normám“ (Čermáková, Johnová, 2008, str. 54).

Standard č. 6 se dotýká dodržování zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, ale definuje i povinnosti poskytovatele při nakládání s nimi. Podle druhu sociální služby musí mít poskytovatel zpracována pravidla a zásady, jak s osobními daty uživatelů nakládat, aby byl zákon dodržen a právo na ochranu osobních údajů uživatelů bylo zajištěno. Poskytovatel pobytových služeb musí mít k dispozici některé nutné osobní údaje svých klientů (na rozdíl od např. terénních sociálních služeb, které jsou poskytovány anonymně – nízkoprahová zařízení, K- centra apod.). Metodika standardu č. 6 definuje přesně, jaké údaje o uživateli nezbytně potřebujeme mít, kdo do dokumentace může nahlížet, kde je uložena a jakým způsobem je archivována a skartována. Na základě standardu jsou zaměstnanci zařízení informováni o tom, kdo s dokumentací může pracovat a kde je uložena. Obecně platí pravidlo o oddělení dokumentace osobní a zdravotní. Za vedení zdravotní dokumentace odpovídá pověřený pracovník ve zdravotnickém úseku. Ostatní dokumentace v pobytových zařízeních obsahuje obvykle dohodu, rozhodnutí o omezení nebo zbavení právní způsobilosti, informace o úhradě sociálních služeb, rozhodnutí o přiznání dávek, listinu opatrovníka, osobní data, listiny a individuální plán uživatele a další nutné dokumenty nebo jejich kopie (rodný list, občanský průkaz). Součástí dokumentace je informovaný souhlas, který dává uživatel nebo jeho opatrovník, který stanoví možnost nahlížet do dokumentace a pracovat s ní (pověřený pracovník), souhlas se zveřejněním fotografií, v případě zdravotnické dokumentace souhlas opatrovníka s hospitalizací. Ve standardu je také zakotveno právo klienta do své dokumentace nahlížet a povinnost pověřených pracovníků zachovávat mlčenlivost o shromážděných osobních datech, která by měla být součástí pracovní smlouvy.

Vyřazování dokumentace v případě odchodu nebo úmrtí klienta je ve standardu popsáno tak, aby bylo jednoznačné, kde a na jak dlouhou dobu budou spisy uchovávány. Součástí standardu č. 6 je rovněž skartační řád. Skartace dokumentů se řídí vyhláškou ministerstva vnitra č. 117/1974 Sb. (2008b).

1. 4. 7 Standard č. 7

Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb

„Uživatelé si mohou stěžovat na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb, aniž by tím byli jakkoli ohroženi. Zařízení za tímto účelem má stanovená a uplatňuje vnitřní pravidla, se kterými jsou seznámeni uživatelé i pracovníci“ (Čermáková, Johnová, 2008, str. 58).

Obsahem standardu č. 7 je právo stěžovat si na kvalitu a způsob poskytování služby, ale pravidla a zásady si vytváří poskytovatel sám jako svou vnitřní směrnici. Ta by měla obsahovat srozumitelně a jasně definované způsoby podávání stížností tak, aby je pochopili i klienti se sníženou mentální úrovní a klienti verbálně nekomunikující. V zařízení je třeba při podávání stížností uplatnit tyto zásady:

- **veřejnosti a přístupnosti všem** – postup při podávání stížnosti je vyvěšen na přístupném místě, klienti jsou o právu podávat stížnost informováni při uzavírání dohody i v průběhu poskytování služby
- **bezpečnosti a důvěrnosti** – klient má možnost požádat svého klíčového (i jiného) pracovníka o pomoc a radu při podávání stížnosti, oslovený pracovník má povinnost pomoci, klient nesmí mít obavu z toho, že jeho stížnost bude mít negativní vliv na chování personálu k jeho osobě
- **jednoduchosti na pochopení** – postup při podávání stížnosti je zpracován i ve formě, která je srozumitelná klientům, kteří verbálně nekomunikují (piktogramy, fotografie atd.), klíčový pracovník je prostředníkem v případě, že klient chce, ale není schopen v důsledku svého zdravotního omezení, formulovat stížnost
- **rychlosti při vyřizování a nápravě** – klient je informován o projednání a o způsobu řešení a výsledku řešení jeho stížnosti
- **průhlednosti a transparentnosti** – je dán termín, kdy musí být stížnost projednána, o projednání je veden písemný záznam

Obecně platí, že čím je zařízení otevřenější a dodržující ochranu práv klientů, tím více klienti uplatňují své právo podat stížnost ¹⁰.

¹⁰ Dobrá praxe: V zařízení pro osoby s mentálním postižením byli v rámci sociálního začleňování někteří klienti zacvičeni tak, aby byli schopni používat mobilní telefon na volných vycházkách v případě, že by situaci nezvládli a potřebovali pomoc pracovníka zařízení. Jeden z klientů využil informace o možnosti stěžovat si (v zařízení je vyvěšena informace o institucích, kde klienti mohou podat stížnost) a zavolaal zřizovateli, že jeho práva jsou porušována. Přivolaná metodická kontrola zjistila, že k porušování práv v tomto konkrétním případě nedochází a naopak pozitivně hodnotila individuální podporu klienta, který, za podpory klíčového pracovníka, snižuje svou závislost na sociální službě a je schopen aktivně používat mobilní telefon při uplatňování svých práv.

Poskytovatel je ve standardu č. 7 povinen definovat formy podávání stížností. Jedná se o formu písemnou a ústní, přičemž obě mají stejnou váhu a vyžadují ze strany poskytovatele reakci v podobě projednání stížnosti, řešení problému a informování stěžovatele o řešení. Každý poskytovatel stanoví způsob evidence stížností a osoby zodpovědné za tento úkon. Ve vztahu k uživatelům standard č. 7 informuje klienty konkrétního zařízení služeb o svém právu podat stížnost, o tom, na koho se mohou se stížností obrátit o formách podávání stížností a způsobech jejich vyřizování. V případě, že klient potřebuje k formulaci své stížnosti tlumočníka, je mu to umožněno. Pro pracovníky stanoví povinnost stížnosti evidovat, řešit a jednat nápravu, a to vše formou srozumitelnou všem klientům. Součástí standardu je seznam institucí (jejich adres a kontaktů), na které se uživatelé mohou obrátit, v případě, že jejich stížnost nebyla vyřešena nebo mají obavu z negativního přístupu pracovníků ke své osobě. Je dobrou praxí, že v domovech pro osoby s mentálním postižením je postup při podávání stížností vyvěšen na přístupném místě v jednoduché písemné formě i ve formě piktogramů a fotografií. Svou nezastupitelnou roli v podávání stížností hraje klíčový pracovník, který by měl být v optimálním případě obhájcem práv klienta. V případě jeho oprávněné nespokojenosti s kvalitou a způsobem poskytované služby, by ho měl podpořit a pomoci mu stížnost zformulovat. Často se totiž stává, že klientovy potřeby a práva nejsou dlouhodobě naplňovány a klient sám v důsledku svého omezení a pasivity není schopen svou situaci řešit. Vedení poskytovatele sociálních služeb by mělo pracovníky, kteří monitorují průběžně spokojenost (nespokojenost) uživatelů v jejich práci podpořit a nastavit v zařízení taková pravidla a vztahy, které by od podání oprávněné stížnosti neměly odradit ani klienty ani pracovníky. Zavedením standardu Pravidla podávání stížností je klient postaven do role možného kritika poskytování služeb a vstupuje tak poprvé v historii aktivně do utváření pravidel poskytování služby v mezích zákona o sociálních službách.

1. 4. 8 Standard č. 8

Návaznost na další zdroje

„Zařízení aktivně podporuje uživatele ve využívání běžných služeb, které jsou v daném místě veřejné. Dále zařízení podporuje uživatele ve využívání vlastních přirozených sítí, jako je rodina, přátelé a snaží se předejít jeho návyku na sociální službu. V případě potřeby umožňuje využívání dalších sociálních služeb“ (Čermáková, Johnová, 2008, str. 64).

Poskytování sociální služby, zejména v zařízeních pobytového typu, často vede ke snížení soběstačnosti a zvýšení závislosti klienta na službách – tedy druhých osobách. Zařízení, které uspokojí klientovy potřeby komplexní nabídkou služeb, sice z pohledu veřejnosti může být považováno za vynikající, ale z pohledu uživatele se stává „zlatou klecí“, která omezuje uživatelskou přirozenou potřebu kontaktu s běžnou společností. Cílem poskytovatele tedy nemá být soustředění všech služeb pod jednou střechou, ale nabídnout uživateli možnost využívat i tzv. běžných zdrojů, kterými rozumíme služby poskytované běžné veřejnosti a které jsou v zařízení z mnoha různých důvodů nedostupné. Mezi ně řadíme obchod, odbornou zdravotní péči, služby zaměstnanosti, vzdělávání, spolky a zájmové kluby apod. Standard č. 8 musí tedy stanovit obecné zásady při podpoře uživatele využívat běžných zdrojů dostupných v nejbližším okolí poskytovatele. Podpora klienta ve využívání návazných služeb úzce souvisí se standardem č. 5 individuální plánování, protože by se mělo stát pravidlem, aby klient byl informován o možnostech běžné zdroje využívat, i když to možná komplikuje práci zaměstnancům zařízení. Vedení domova má povinnost v mezích svých možností spolupracovat s těmi institucemi a odborníky, které klient využíval v době před uzavřením dohody. Měřítkem kvality poskytované služby se mimo jiné může stát i nové využívání návazných služeb klientem, který v zařízení prožil většinu svého života a byl o možnosti využití běžných služeb informován dodatečně pracovníky domova. V praxi spolupracuje zařízení s vedením obce (města), které má možnost nabízet poskytovateli služby z oblasti školství, kultury a sportu¹¹.

Přirozenou součástí klientova života jsou rodina a přátelé. Zařízení podle Johnové, Čermákové (2008) má povinnost podle přání uživatele vytvářet takové podmínky a příležitosti, které podporují přirozené rodinné a přátelské vazby a stanovit zásady jejich podpory. V pobytových službách často dochází v důsledku vyloučení klienta z přirozeného prostředí

¹¹ Dobrá praxe: Klient domova, který je situován v hezkém přírodním prostředí, ale mimo nejbližší obce, je poskytovatelem podporován, aby dojížděl ke svému odbornému lékaři (zubaři) do města, kde dříve bydlel. Klient zpočátku dojížděl autem poskytovatele, v průběhu služby byl ale zacvičen tak, že v současnosti dojíždí sám vlakem. V tomto případě využívá nejen návazné služby, ale uchoval si stávající vazbu na své předchozí bydliště.

k vyhasínání rodinných a přátelských vazeb, což často vede ke snížení kvality jeho života ¹². Je sice žádoucí, aby klient v zařízení navázal nové vztahy, ale je nutné podporovat předchozí rodinné vazby, a to i v případě, že jsou kontraproduktivní. Personál zařízení se ve vztahu k rodině uživatelů řídí zásadami uvedenými ve standardu č. 8, z nichž nejdůležitější je zásada neutrality v případě konfliktů klienta s rodinou.

Vytvořením a využíváním systému návazných služeb v pobytových službách lze zpomalit přirozené zvyšování závislosti (v důsledku věku a diagnózy) klienta na službách, motivovat uživatele k aktivnímu vyhledávání nových a udržení stávajících rodinných a přátelských vazeb a zabránit jeho sociální izolaci. Je především na vedení organizace a klíčových pracovnících, zda v praxi pozitivně využívají rodinných vazeb uživatelů a spolupracují s nimi např. při mapování potřeb klienta a sestavování jeho individuálního plánu.

12 Dobrá praxe: Klientka pobytového zařízení pro osoby s mentálním postižením si v individuálním plánu stanovila cíl navštívit svou dceru, ke které má silnou citovou vazbu, i když dítě bylo svěřeno do péče otce a matka ho několik let neviděla. Vedení domova oslovilo příslušný odbor sociální péče a rodinu, ve které dcera žije, zda je možné návštěvu uskutečnit. V průběhu vyjednávání o možnosti návštěvy klíčová pracovníce spolu s klientkou udržovaly písemný i telefonický kontakt s dítětem, aby bylo na návštěvu matky připraveno. Osobní cíl byl splněn, návštěva povolena a uskutečněna za doprovodu klíčové pracovníce.

1. 5 Personální standardy

1. 5. 1 Standard č. 9

Personální zajištění a organizační služby

„Struktura, počet pracovníků i jejich vzdělání a dovednosti odpovídají potřebám uživatelů služeb a umožňují naplňování standardů kvality sociální služby“ (Čámský a kol., 2008, str. 127).

Služby jako proces je zboží nemateriální povahy, proto je jejich kvalita měřena zprostředkovaně spokojeností uživatele. *„Klíčem kvalitních služeb jsou proto lidé, kteří je přímo poskytují“ (Čermáková, Johnová, 2008, str. 69).* Proto musí být lidská a profesionální kvalita zájemce o práci v sociálních službách pro poskytovatele určujícím hlediskem při přijímání nových zaměstnanců. Podle zákona o sociálních službách (108/2006, § 110) musí být zaměstnanci trestně bezúhonní, musí mít požadované vzdělání a odbornou způsobilost zaměřenou na sociální práci, sociální pedagogiku, sociální péči nebo speciální pedagogiku nebo musí absolvovat akreditovaný vzdělávací kurz. Při přijímání nových pracovníků by poskytovatel měl požadovat schopnost empatie a vůli pracovat s lidmi, kteří se ocitli v těžké životní situaci v důsledku svého zdravotního postižení nebo sociálního znevýhodnění. Na druhé straně by vedení poskytovatele mělo svým zaměstnancům vytvářet kvalitní pracovní podmínky, zajistit spravedlivou odměnu za jejich práci, průběžnou odbornou pomoc a možnosti dalšího vzdělávání.

Při definování nároků na personál je třeba podle Čermákové a Johnové (2008, str. 69) vycházet z:

- kapacity zařízení
- identifikace potřeb cílové skupiny
- identifikace specifických potřeb jednotlivých uživatelů

Povinností poskytovatele je mít ve standardu č. 9 písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, které vycházejí z druhu poskytované služby, kapacity zařízení a potřeb uživatelů. Proto by zařízení mělo mít vypracován personální plán, který je vodítkem při přijímání nových zaměstnanců. Každá pracovní pozice musí mít popis práce a požadovanou kvalifikaci. Noví pracovníci procházejí zaškolovacím procesem, který je naplánován, je součástí standardu č. 9. a odpovídá obecným závazným normám.

Je v zájmu každého poskytovatele vytvořit kvalitní pracovní tým, který pracuje v atmosféře důvěry, jednotliví členové mají jasně vymezené kompetence a jsou za svou práci spravedlivě odměňováni. V praxi to znamená, že každý pracovník je informován o organizační struktuře zařízení, zná své kompetence a ví, na koho se obrátit v případě, že si neví rady¹³. Náročná a kvalitní práce pracovníků v přímé péči musí být vedením poskytovatele pozitivně přijímána a mezi vedením a jimi je třeba nepřetržité komunikace. Je samozřejmostí, že nadřízený pracovník umožní svým podřízeným čerpání dovolené na základě principu, že každý pracovník je na svém místě zastupitelný, aniž by byla snížena kvalita poskytovaných služeb.

13 Dobrá praxe: Zařízení má na veřejném místě vyvěšenu organizační strukturu zařízení ve formě srozumitelné zaměstnancům i klientům. Vedle jména zaměstnance je i jeho fotografie.

1. 5. 2 Standard č. 10

Profesní rozvoj pracovníků

„Zařízení zajišťuje profesní rozvoj pracovních týmů a jednotlivých pracovníků, jejich dovedností a schopností potřebných pro splnění veřejných závazků zařízení i osobních cílů uživatelů zařízení“ (Čermáková, Johnová, 2008, str. 77).

Základem dobrého fungování pracovního týmu, který v pobytových službách často bývá početný, je spokojenost jeho členů. Měřítkem spokojenosti je nejen odměna za práci, ale i pocit, že svou práci vykonávají dobře. Je v zájmu vedení, aby každý pracovník měl zpracován plán osobního profesního rozvoje, který je vytvořen s jeho souhlasem a dává mu pocit důležitosti a osobního růstu. Plán profesního rozvoje by měl být konkrétní a v mezích schopností pracovníka. Vedení by mělo s pracovníky komunikovat a dávat jim pocit zpětné vazby s vědomím, že kvalita služeb je závislá především na pracovnících v přímé péči, kteří jsou schopni podat nej kvalifikovanější informaci o potřebách jednotlivých klientů, protože s nimi denně pracují¹⁴. Pracovníci v přímé péči by měli mít možnost využít podpory nezávislého odborníka (supervizora) při řešení problémů v práci v týmu i s klienty.

Přílohou standardu č. 11 může být dotazník spokojenosti pracovníků, který je zadáván v pravidelných intervalech, a na základě jeho výsledků jsou přijata opatření ke zvýšení spokojenosti zaměstnanců.

¹⁴ Dobrá praxe: V pobytovém zařízení sociálních služeb se stalo tradicí, že je každý rok v létě pořádán večírek v zahradním areálu domova. Účastní se ho všichni pracovníci, klienti, jejich příbuzní a hosté (smluvní i odborní lékaři, sponzoři, zaměstnavatelé klientů apod.) Podle názoru zaměstnanců i klientů je večírek spojený s grilováním a tancem prospěšný pro všechny zúčastněné strany a je přijímán jako poděkování vedení zaměstnancům za jejich dobrou práci. Účastníci akce, kteří nejsou ani klienty ani pracovníky zařízení, mají možnost „nahlédnout“ do života domova a osobně se seznámit s klienty.

1. 6 Provozní standardy

1. 6. 1 Standard č. 11

Místní a časová dostupnost služby

„Místo a denní doba poskytování služby, odpovídají cílům a charakteru služby a potřebám cílové skupiny“ (Čermáková, Johnová, 2008, str. 82).

Zařízení při nabídce služeb vychází především z potřeb cílové skupiny. V některých zařízeních sociálních služeb (denní stacionáře, K centra, nízkoprahová zařízení apod.) je při definování časového intervalu, kdy je zařízení otevřeno, nutné vycházet z poptávky zájemců o službu. V pobytových zařízeních sociálních služeb je provoz nepřetržitý s přizpůsobeným denním režimem, který vychází z možností zařízení a potřeb uživatelů. V praxi tedy v pobytových zařízeních není nutné definovat otvírací dobu.

1. 6. 2 Standard č. 12

Informovanost o poskytované sociální službě

„Zařízení zpřístupňuje veřejnosti informace o poslání, cílech, principech a cílové skupině uživatelů služeb a další informace, které usnadní orientaci pro zájemce o služby a jiné subjekty, čímž přispívá k dostupnosti služeb“ (Čermáková, Johnová, 2008, str. 84).

Zařízení má zpracovaný informační materiál o službě, který je transparentní a dostupný na veřejných místech. Podle Johnové, Čermákové (2008) má informační leták obsahovat tyto údaje: oficiální název poskytovatele, právní formu, IČO, jméno statutárního zástupce a zodpovědného pracovníka, adresu sídla a místo poskytování služby, kontakt, poslání, cíle služby a principy jejich dosahování, označení cílové skupiny, podmínky poskytování služby, kapacitu zařízení a cenu služby pro uživatele. Běžně dostupná pro zájemce má být výroční zpráva, která má důležitou informační hodnotu. Standard č. 13 má přímou návaznost na standard č. 1 Veřejný závazek, který je často součástí informačního letáku nebo webových stránek poskytovatele¹⁵.

¹⁵ Dobrá praxe: poskytovatel má na webových stránkách veřejný závazek, jehož součástí je výroční zpráva doplněná fotografiemi ze života zařízení.

1. 6. 3 Standard č. 13

Prostředí a podmínky poskytování služby

„Prostředí a podmínky poskytování služeb odpovídají kapacitě, charakteru služeb a potřebám uživatelů. Zařízení dbá na to, aby byly plněny všechny obecně závazné normy související s poskytováním sociálních služeb“ (Čermáková, Johnová, 2008, str. 87).

Prostředí, ve kterém je služba poskytována, je jedním z ukazatelů její kvality. V pobytových službách se zařízení poskytující služby stává pro své uživatele místem, kde žijí, a proto by i vybavení a prostorové uspořádání mělo svým uživatelům přinášet pocit skutečného domova, při dodržení zákonných norem, které zabezpečují zdraví a bezpečnost uživatelů. Naplnění standardu poskytovatelem přináší uživatelům možnost cítit se v prostředí zařízení bezpečně, obklopeni věcmi, které mají rádi a v dosahu zařízení, která respektují jejich zvýšenou závislost na druhé osobě – bezbariérové přístupy, výtahy, plošiny, madla, široké zárubně apod. Je třeba v souladu s vnitřním řádem umožnit klientům upravit si pokoj podle svého vkusu, pěstovat vlastní květiny a využívat vlastní nábytek a věci, ke kterým si klient v minulosti vytvořil citovou vazbu¹⁶.

Obecným cílem standardu č. 14 je v mezích prostorových a materiálních možností a s přihlédnutím k potřebám a schopnostem uživatelů vytvořit prostředí, které by se co nejvíce přibližovalo bydlení většinové společnosti.

¹⁶ Dobrá praxe: V zařízení pro osoby s mentálním postižením prostorové i personální podmínky umožňují klientům chovat drobná domácí zvířata. Klienti se podle svých zájmů a schopností starají o kočky, psy a ovce a kozy za podpory pověřených pracovníků zařízení. Na zajištění krmiva – sena, se podílejí sami klienti v rámci zaměstnávání v domově (na pracovní smlouvu).

1. 6. 4 Standard č. 14

Nouzové a havarijní situace

„Zařízení, pracovníci i uživatelé jsou připraveni na řešení nouzových a havarijních situací“ (Čermáková, Johnová, 2008, str. 92).

Tento standard obsahuje pravidla jak předjímat a zvládat mimořádné a havarijní situace. Jeho součástí je evakuační plán a označení únikových cest z budovy. Stanoví povinnost pravidelného proškolení pracovníků a osoby zodpovědné za řízení evakuace, která mohou probíhat v rámci pravidelného povinného školení BOZP. Evakuační plán a jména osob, které jsou organizováním evakuace pověřeny, musí být v zařízení poskytovatele vyvěšeny na viditelném místě a přístupné všem – klientům i zaměstnancům. Pokud k mimořádné situaci dojde, existuje povinnost poskytovatele zdokumentovat ji.

1. 6. 5 Standard č. 15

Zvyšování kvality poskytované služby

„Vedení zařízení dbá na to, aby se kvalita poskytovaných služeb zvyšovala. Do hodnocení kvality služeb zapojuje uživatele služeb i pracovníky“ (Čermáková, Johnová, 2008, str. 94).

Hodnocení kvality služeb probíhá prostřednictvím monitorování. Jedná se o sběr informací o určité konkrétní službě. Důležité je, aby cíle služby byly měřitelné. Po zjištění informací a sběru dat je možné přistoupit k vyhodnocování, jehož výsledky jsou využity k celkovému hodnocení kvality a na jejichž základě lze poskytovanou službu zkvalitnit. Do monitorování je třeba zapojit všechny pracovníky, zejména pracovníky v přímé péči, kteří mají zásadní vliv na spokojenost uživatelů se službou. Hodnocení kvality poskytované služby je součástí výroční zprávy, která je veřejným dokumentem poskytovatele a její zpracování je pro poskytovatele povinností. Standard č. 15 stanoví cíle, prostředky a způsoby hodnocení kvality služeb.

2 Praktická část

2.1 Cíle průzkumu

Změna v systému sociální péče, která souvisí s implementací zákona o sociálních službách, klade na poskytovatele sociálních služeb nové požadavky – povinnost zpracovat standardy kvality pro své zařízení a v praxi uplatňovat nové principy v přístupu k osobám se zdravotním postižením. Zejména v pobytových službách se zavádění standardů kvality promítlo téměř ze dne na den do práce stávajících pracovníků, kteří museli měnit zažitý přístup ke klientům. Tyto změny v poskytování péče přinášejí pracovníkům v sociálních službách dilemata, která souvisejí s nově utvářeným vztahem klient – poskytovatel. Principy rovného přístupu, dodržování práv klientů, podporování soběstačnosti a samostatnosti a individuální plánování osob se zdravotním postižením není v současné době všemi pracovníky v sociálních službách pochopen, přijímán a uplatňován v každodenní praxi. Poznáme-li postoj pracovníků v přímé péči ke změnám v sociálních službách, můžeme odhadnout kvalitu jejich profesionálního a lidského přístupu k lidem, kteří jsou závislí na jejich péči.

Cílem dotazníkového průzkumu je zjistit postoj pracovníků v přímé péči k procedurálním standardům, jejich informovanost o nich a jejich názor na často diskutovaná témata, která se týkají ochrany práv klientů. Cílem řízeného rozhovoru je zjistit naplňování základních lidských práv klientů v domovech pro osoby s mentálním postižením.

2.1.1 Průzkum dotazníkovou metodou

Empirická část mé práce se dotýká průzkumu postojů pracovníků přímé péče k zavádění standardů kvality do sociálních služeb a ochrany práv uživatelů pobytových služeb pro osoby s mentálním postižením.

Výsledky průzkumu vycházejí z těchto zdrojů:

- dotazník pro pracovníky v přímé péči
- strukturované interview s klienty
- výroční zprávy za rok 2011 zveřejněné na webových stránkách

2. 1. 2 Reprezentativní vzorek

Reprezentativní vzorek je tvořen dvaceti pěti pracovníky přímé péče z pěti domovů pro osoby se zdravotním postižením a jedenácti klienty ze stejných zařízení.

2. 1. 3 Metody průzkumu

K průzkumu jsem použila kvantitativních metod – dotazník pro pracovníky v přímé péči a kvalitativních metod - řízený rozhovor s klienty. Při návštěvě zařízení jsem také studiem prostředí zjišťovala, zda mají jednotliví poskytovatelé zveřejněny informace o způsobu podávání stížností. Další informace byly získány z webových stránek a dotazováním při průzkumu.

2. 1. 4 Informace o zařízeních

V rámci průzkumu jsem navštívila pět domovů pro osoby se zdravotním postižením. Všech pět ředitelů/ ředitelek mi ochotně umožnilo vykonat jednodenní návštěvu zařízení a průzkum uskutečnit. V průběhu návštěvy jsem provedla dotazování pracovníků v přímé péči a strukturovaný rozhovor s klienty, také jsem zjišťovala, jakým způsobem jsou klienti v konkrétním zařízení informováni o způsobu podávání stížností. Všechna zařízení byla státní, jejich zřizovatelem byl Středočeský krajský úřad (čtyři domovy) a Kraj Vysočina (jeden domov). Počet klientů jednotlivých zařízení se pohyboval v rozmezí od 43 do 80. Jednalo se o bývalé ústavy sociální péče. Pro přehlednost jsem jednotlivá zařízení označila písmeny A, B, C, D, E.

Poskytovatel A: domov pro osoby s mentálním postižením je situován do dvou budov bývalého rekreačního střediska v Posázaví. V posledních letech prodělal zásadní rekonstrukci a je bezbariérový. Od nejbližšího města je vzdálen 4 km, ale přímo u objektu je vlaková zastávka. Jeho kapacita je 60 uživatelů obou pohlaví, kteří využívají lesopark patřící k objektu a mají možnost podílet se na chovu domácích zvířat, protože to místní podmínky i personální obsazení

domova umožňují. V zařízení je provozován cvičný stánek, kde mají klienti denně možnost realizovat osobně drobné nákupy. Několik uživatelů pracuje na pracovní smlouvu v okresním městě a u obecního úřadu v blízkém městysu. Individuální plány mobilních klientů jsou zaměřeny na podporu samostatného cestování vlakem. Poskytovatel má dobře zpracovanou a klientům dostupnou informaci o organizační struktuře domova a způsobu podávání stížností. Obě informace jsou velmi dobře zpracovány i ve formě piktogramů a doplněny fotografiemi.

Poskytovatel B: domov pro osoby s mentálním postižením je umístěn v budově zámku v menší obci. V posledních letech prodělal rekonstrukci s cílem umožnit uživatelům kvalitní bydlení v jedno- až čtyřlůžkových pokojích. Kapacita je 63 klientů obou pohlaví. V budově je rovněž nabízena služba chráněné bydlení, která je klienty využívána. Další chráněný byt má poskytovatel v okresním městě vzdáleném asi 10 km. Obyvatelé bytu pracují na pracovní smlouvu ve městě a využívají služby agentury podporovaného zaměstnávání osob se zdravotním postižením Rytmus. Informace o způsobu podávání stížností je sice vyvěšena v každém patře domova, ale i když je doplněna piktogramy, je nevýrazná a formální.

Poskytovatel C: domov pro osoby s mentálním postižením je umístěn v budově zámku, která je od nejbližší obce vzdálena asi 4 km. Kapacita je 50 klientů obou pohlaví. Uživatelé mají možnost využívat přilehlého lesoparku, ale možnost samostatných vycházek je ztížena tím, že mezi obcí a poskytovatelem neexistuje spojení veřejnou dopravou. V rámci vzdělávání dojíždějí dva klienti do základní školy praktické, kam jsou dopravováni služebním autem. Informace o podávání stížností je podobně jako u zařízení B formální a graficky nezajímavá.

Poskytovatel D: domov vznikl po stavebních úpravách bývalé nemocnice a je bezbariérový. Je umístěn v lese a vzdálen od nejbližšího města asi 5 km po silnici, je zde ale možnost jízdy vlakem ze zastávky vzdálené asi 500m od budovy. Kapacita domova je 80 klientů – pouze muži. Poskytovatel má zpracovány individuální plány tak, aby klienti mohli samostatně – pěšky nebo vlakem - navštěvovat blízké město. Uživatelům je nabízena možnost nakupovat drobné zboží a potraviny v kantýně, která je součástí zařízení. Informace o způsobu podávání stížností je zveřejněna v budově a je dobře graficky zpracována. Také na webových stránkách má poskytovatel zpracovanou informaci o zařízení formou piktogramů.

Poskytovatel E: domov je situován historické části okresního města v budově bývalého domova důchodců. Je z velké části bezbariérový. Pokoje jsou dvou až čtyřlůžkové. Kapacita je 43 klientů – pouze muži. Podmínky dovolují, aby klienti využívali možnosti samostatných vycházek do města, ale z rozhovoru vyplývá, že této možnosti využívají minimálně. Poskytovatel nabízí uživatelům dva chráněné byty ve městě. Domov spolupracuje s místní základní školou praktickou a praktickou školou, kde se vzdělává devět klientů. Informace o způsobu podávání stížností má poskytovatel dobře zpracovány a vyvěšeny ve společenských místnostech domova.

2. 1. 5. Grafy a hodnocení dotazníku

Cílem dotazování pracovníků v přímé péči je zjistit, jak se se standardy v jejich zařízení ztotožňují - jsou-li tato pravidla v souladu s jejich názory na konkrétní problém a jakým způsobem jsou pro ně v písemné formě na pracovišti dostupné. Pro průzkum jsem stanovila reprezentační vzorek dvaceti pěti pracovníků z pěti zařízení. Dotazník (příloha č. 1) je anonymní, zjišťuje věk, délku praxe v sociálních službách pobytového typu, nejvyšší dosažené vzdělání a pohlaví respondenta. Deset otázek je škálových a cílem je zjistit osobní postoj zaměstnance nikoli oficiální stanovisko, což jsem při zadávání zdůraznila. Otázky (výroky) jsem volila na základě vlastní praxe a jsou zaměřeny na pracovníky i veřejností často diskutovaná témata. Při průzkumu jsem se zpočátku setkávala s nedůvěrou ze strany respondentů, kteří byli překvapení, že mají vyjádřit svůj osobní názor na zavádění standardů kvality sociálních služeb.

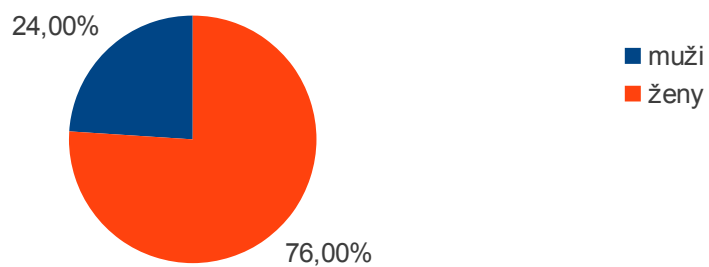
Tabulka

Přehled získaných dat

Otázka	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Zásadně souhlasím	5 20%	1 4%	1 4%	12 48%	2 8%	4 16%	3 12%	2 8%	0	3 12%
Souhlasím	3 12%	5 20%	7 28%	12 48%	16 64%	8 32%	9 36%	11 44%	3 12%	5 20%
Souhlasím s určitými výhradami	9 36%	13 52%	12 48%	1 4%	5 20%	13 52%	10 40%	4 16%	7 28%	5 20%
Nesouhlasím	5 20%	5 20%	5 20%	0	1 4%	0	3 12%	5 20%	10 40%	6 24%
Zásadně nesouhlasím	3 12%	1 4%	0	0	1 4%	0	0	2 8%	5 20%	6 24%

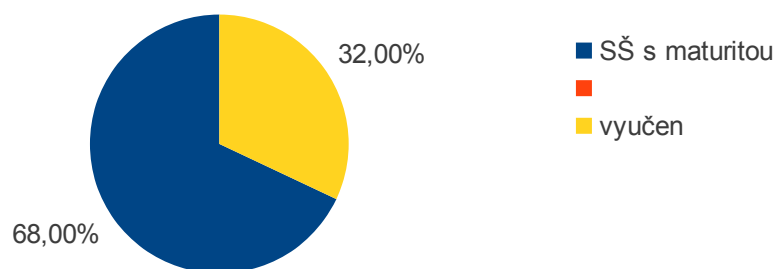
Graf č. 1

Gender respondentů



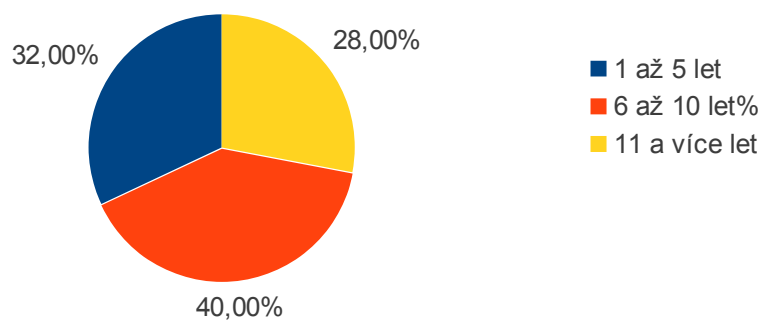
Graf č. 2

Nejvyšší ukončené vzdělání respondentů



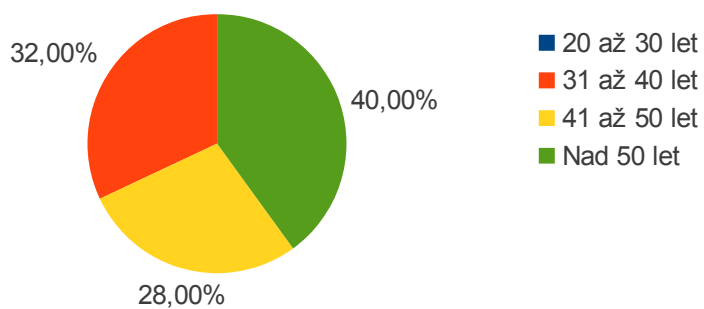
Graf č. 3

Délka praxe v sociálních službách



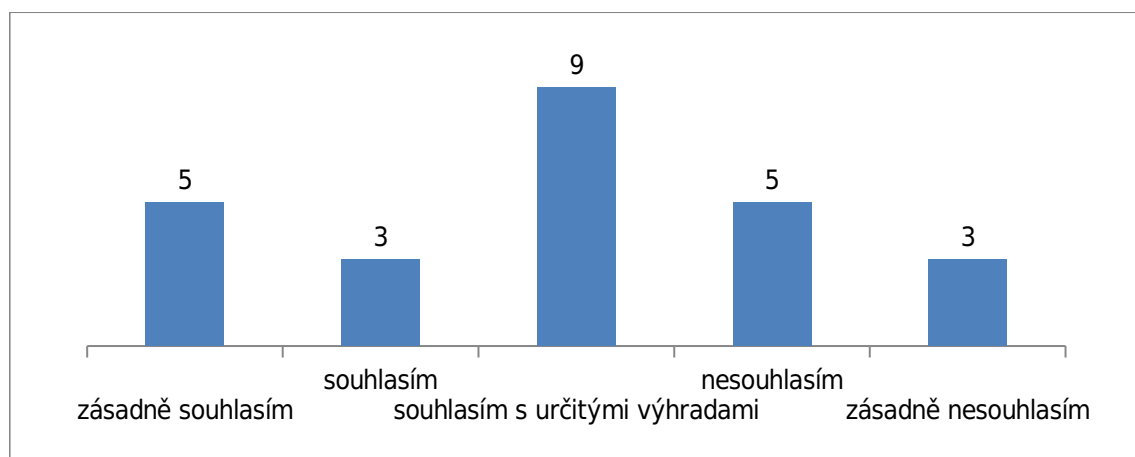
Graf č. 4

Věk respondentů



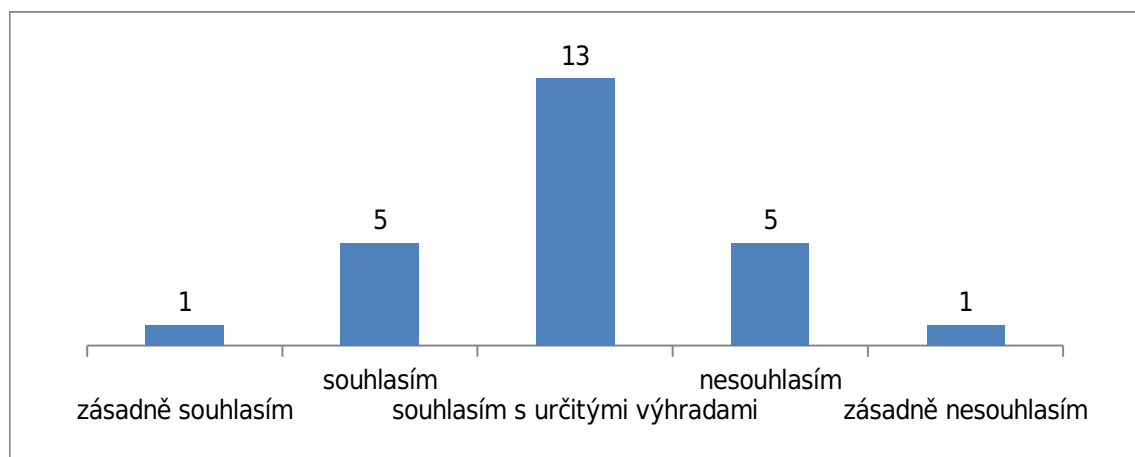
Graf č. 5 – otázka č. 1

Standardy kvality jsou důležité pouze pro klienty a nadřízené orgány



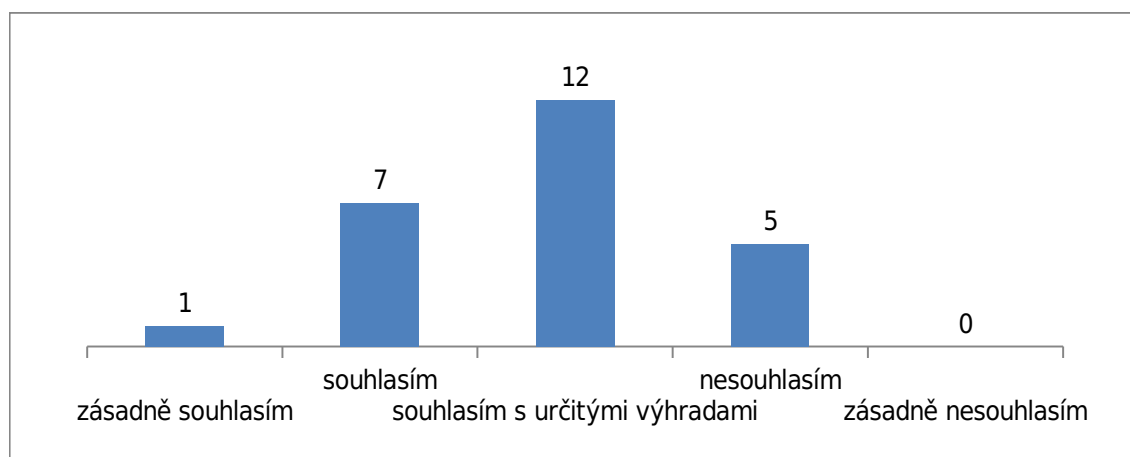
Graf č. 6 - otázka č. 2

Standardy kvality komplikují práci lidem, kteří pracují v sociálních službách



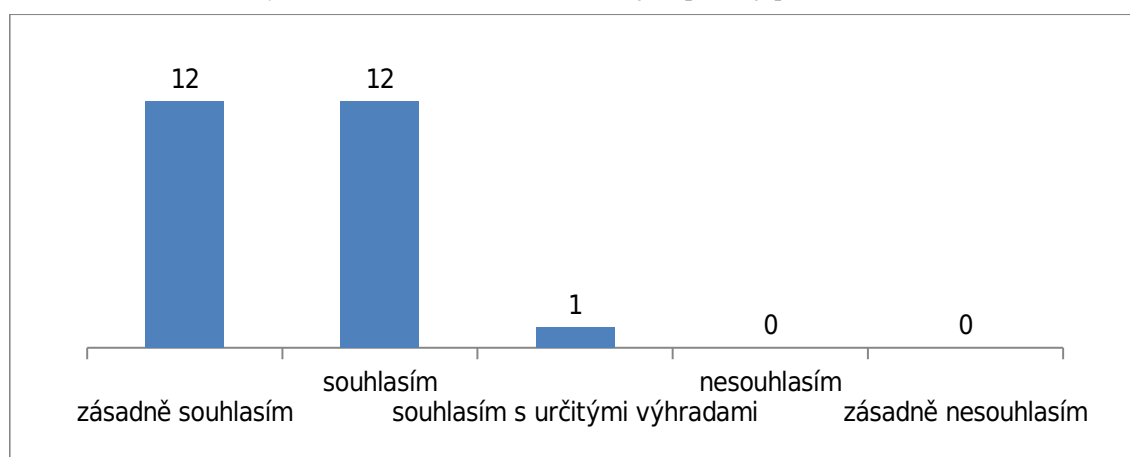
Graf č. 7 – otázka č. 3

Standards mi v mé každodenní práci pomáhají, protože jsou návodem pro řešení všech situací, které se mohou vyskytnout



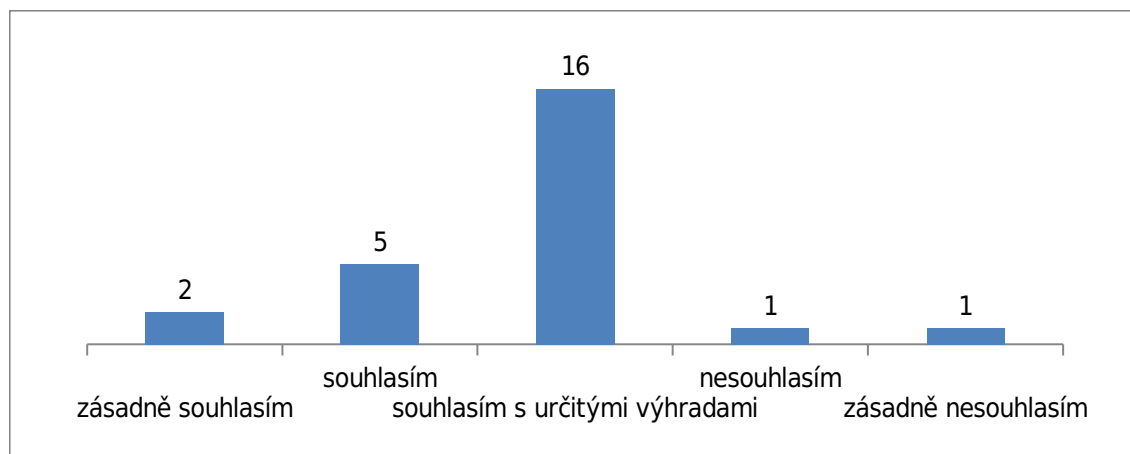
Graf č. 8 - otázka č. 4

V našem zařízení mohu kdykoli nahlédnout do standardů, které jsou pro moji práci důležité



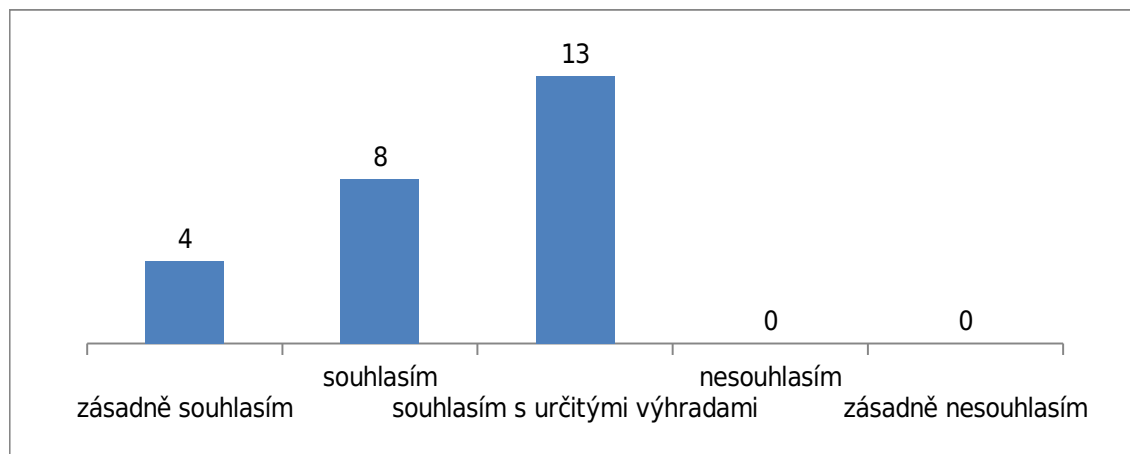
Graf č. 9 – otázka č. 5

Klient má právo na volný pohyb mimo zařízení, i když existuje riziko, že se dostane do problémů



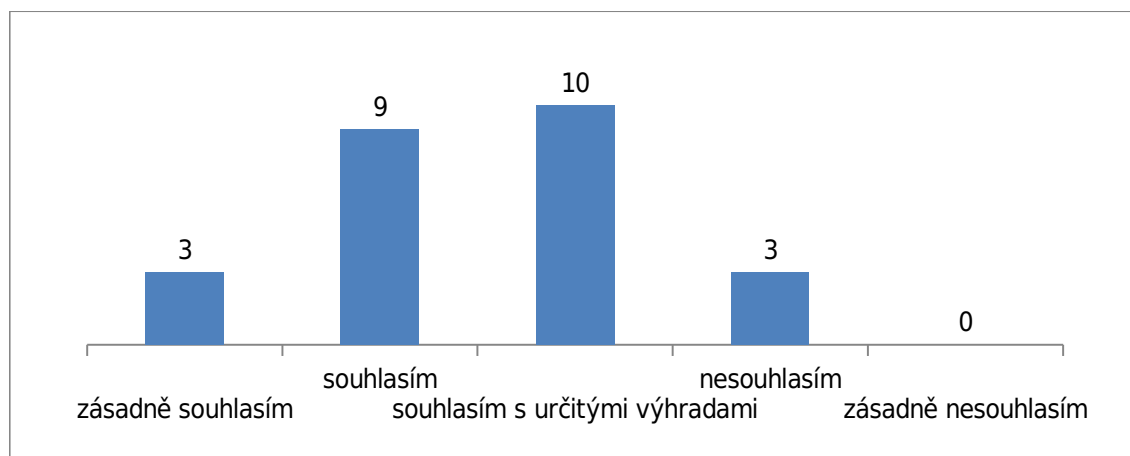
Graf č.10 - otázka č. 6

Klienti si mohou rozhodovat o tom, jak trávit svůj volný čas



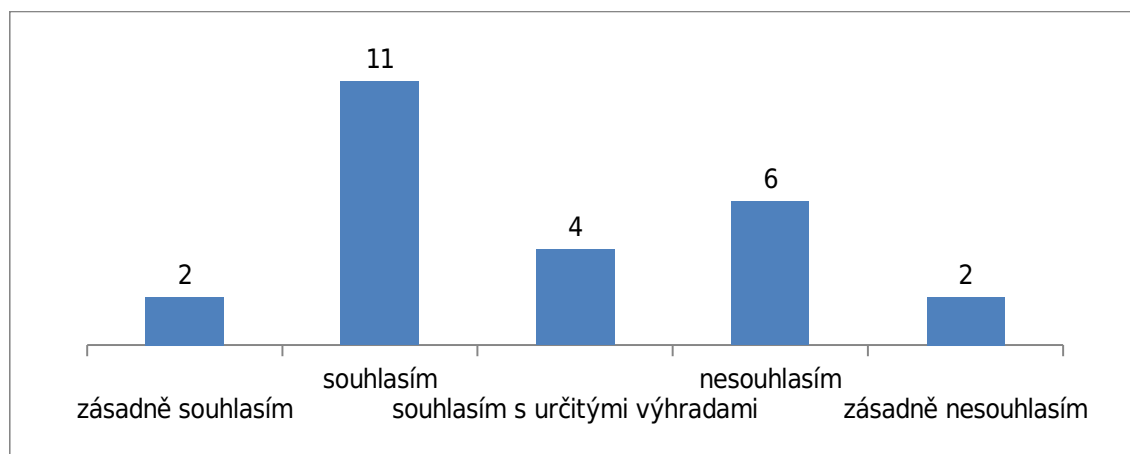
Graf č. 11 – otázka č. 7

Klient s mentálním postižením není schopen samostatně nakládat se svým kapesným, je lepší, když nemá peníze v hotovosti u sebe, raději mu požadované zboží zakoupím



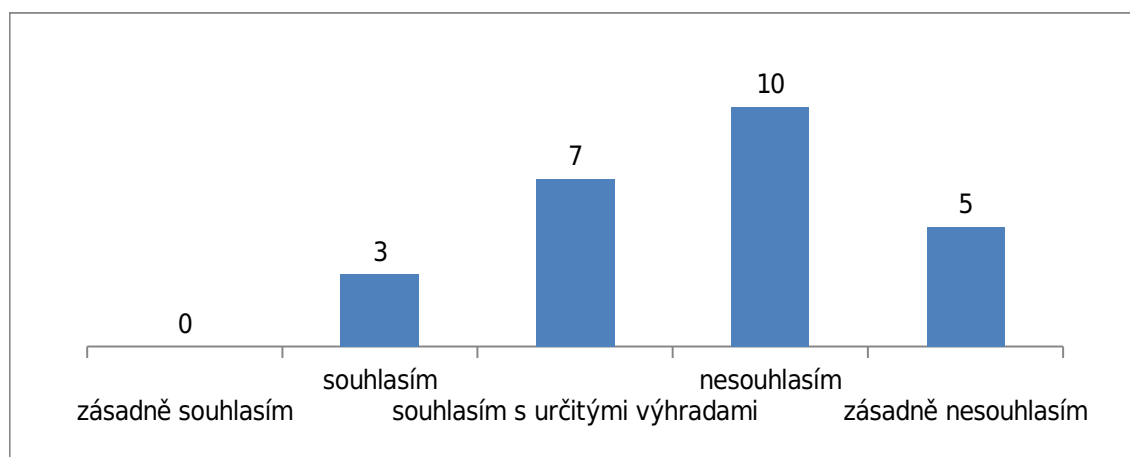
Graf č. 12 – otázka č. 8

Každá klientka s mentálním postižením musí dostat antikoncepci



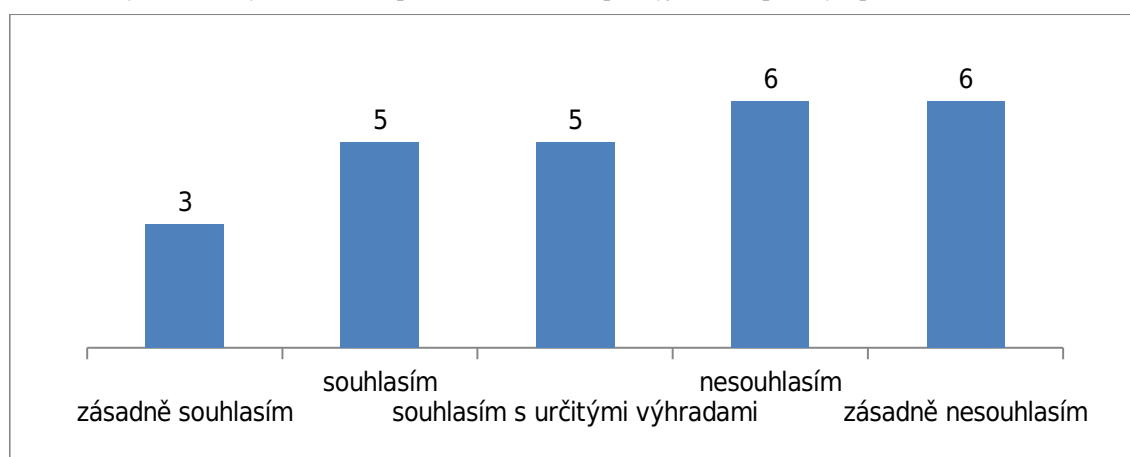
Graf č. 13 – otázka č. 9

Osobní cíl v individuálním plánování musí být co nejdříve splněn



Graf č. 14 – otázka č. 10

Klient s těžkým a hlubokým mentálním postižením není schopen vyjádřit své potřeby a přání



Reprezentativní vzorek tvoří 24% mužů a 76% žen. Z dvaceti pěti respondentů má 17 ukončenou střední školu a 8 je vyučeno. Délka praxe v sociálních službách se pohybuje od 1 do 16 let. Nejmladšímu z dotazovaných je 31 let a nejstaršímu 59 let.

Z výsledků dotazování je zřejmé, že pracovníci přímé péče v navštívených zařízeních jsou se standardy kvality seznámeni a tyto jsou jim kdykoli v průběhu služby přístupné.

Většina z dotázaných se domnívá, že jim standardy jejich práci v některých případech komplikují, i když připouštějí, že jsou pro ně návodem k řešení mimořádných situací při práci s klienty. Ve všech pěti domovech byly standardy volně přístupné všem zaměstnancům, kteří do nich mohli kdykoli nahlédnout.

Všichni dotázaní souhlasí s názorem, že klient má právo rozhodovat o způsobu trávení svého volného času (100%). Také s právem na volný pohyb mimo zařízení souhlasí 92%

respondentů.

Ačkoli z rozhovoru s klienty vyplývá, že jen někteří z nich dostávají kapesné v hotovosti, přesto většina (88%) oslovených pracovníků souhlasí s názorem, že klient má mít peníze u sebe a je schopen se svým kapesným nakládat.

Nadpoloviční většina dotázaných (68%) souhlasí s názorem, že každá klientka s mentálním postižením musí dostat antikoncepci, i když dotazovaní vědí, že se jedná o porušení práva klientky na svobodnou volbu.

Respondenti jsou dobře informováni o povinnosti podporovat klienta v dosahování dílčích cílů, ale v otázce plnění individuálního plánu klienta nesouhlasí více než polovina (60%) dotázaných s názorem, že cíl musí být splněn co nejdříve.

Pro mě překvapivý je názor poloviny dotazovaných (52%), kteří jsou přesvědčeni, že klient s těžkým a hlubokým mentálním postižením není schopen vyjádřit své potřeby a přání. Zde mohu pouze spekulovat o tom, je-li to důsledek nedostatečné informovanosti o diagnóze mentálního postižení nebo lhostejnosti.

Z výsledků dotazníku pro pracovníky přímé péče lze vyvodit, že respondenti ze všech navštívených zařízení přijímají povinnost znát standardy kvality a pracovat s nimi v každodenní praxi jako součást své kvalifikace.

2. 2 Řízený rozhovor s klienty

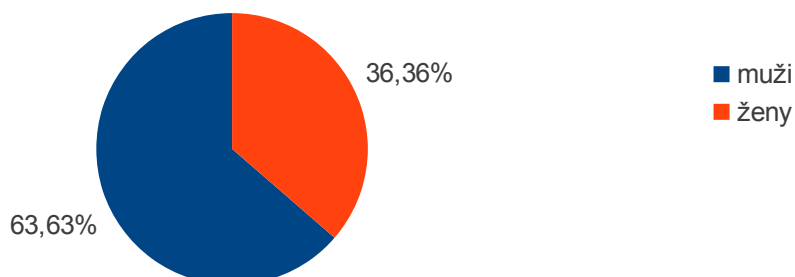
Cílem řízeného rozhovoru s klienty s mentálním postižením je zjistit jejich spokojenost s úrovní ubytování, naplnění jejich práva na soukromí, volný pohyb mimo zařízení a rozhodování se o způsobu trávení volného času a zjistit jejich informovanost o opatrovníkovi, klíčovém pracovníkovi a právu podávat stížnosti.

Respondenty řízeného rozhovoru jsou klienti pobytových zařízení. Můj původní záměr byl dotazovat klienty verbálně nekomunikující se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, protože ze své čtyřleté praxe v pobytových zařízeních sociálních služeb vím, že právě těmto uživatelům jsou často základní lidská práva upírána. Pro tento účel jsem zpracovala dotazník v piktogramech. Od svého úmyslu jsem upustila poté, co se mi nepodařilo v době určené k dotazování navázat s klienty kontakt, který je pro rozhovor a komunikaci důležitý. Také jsem zjistila, že v navštívených zařízeních není alternativní komunikace personálem podporována, a proto mi klienti nebyli schopni dát odpověď, protože většině piktogramů nerozuměli. Při jednání s řediteli o možnosti dotazování, jsem se poté domluvila, že budou dotazováni klienti s lehkým a středně těžkým mentálním postižením verbálně komunikující. Otázky (příloha č. 2) jsou zaměřeny na ochranu soukromí, volný pohyb mimo zařízení, informovanost o opatrovnictví a klíčovém pracovníkovi a možnosti podávat stížnosti. Zjišťovala jsem také věk, pohlaví a délku pobytu klienta v zařízení. Oslovila jsem 11 klientů z pěti zařízení.

2. 2. 1 Grafy a hodnocení rozhovoru

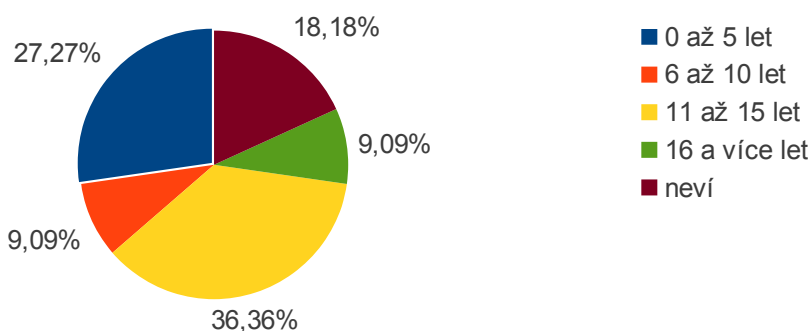
Graf č. 15

Gender respondentů



Graf č. 16

Délka pobytu v zařízení



Z výsledků rozhovoru vyplývá, že v navštívených pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením, jejichž zřizovatelem je krajský úřad, jsou uživateli převážně lidé vyššího věku. Nejmladšímu z oslovených klientů je 33 let a nejstaršímu 69 let, průměrný věk dotazovaných je 47,3 let. Z grafu č. 16 je zřejmé, že někteří klienti žijí v konkrétním zařízení deset i více let.

Rozhovor s klienty probíhal na pokoji (pět klientů), ve společenské místnosti (tři klienti) a v zasedací místnosti (tři klienti). Ani v jednom případě nebyl přítomen pracovník domova, a tak dotazování proběhlo v soukromí. Pokaždé se mi podařilo v krátké době navázat pozitivní vztah s respondenty, kteří byli otevření a sdílní. O rozhovoru předem věděli a postřehla jsem, že tato nová situace je pro ně v jinak strukturovaném denním režimu příjemná.

Úroveň bydlení je velmi dobrá, klienti byli se spolubydlíci i vybavením pokoje spokojeni, pouze jeden mě informoval, že na vlastní žádost dostane jiného spolubydlíčího, což

mi ředitel zařízení potvrdil. Z jedenácti dotazovaných klientů bydlí tři v samostatném pokoji. Pět z dotazovaných bydlí ve dvoulůžkovém, jeden ve třílůžkovém a dva ve čtyřlůžkovém pokoji. Všichni dotazovaní si svého spolubydlicího vybrali na základě přátelských vazeb a jsou informováni o možnosti změny, pokud to situace a kapacita zařízení dovolují. Pokud je to možné, nabízejí poskytovatelé možnost samostatného bydlení v pokoji s příslušenstvím. Tyto samostatné bytové buňky jsou nabízeny klientům, kteří nemají vysokou závislost na druhé osobě a jsou schopni sebeobsluhy při běžných denních úkonech. Ostatním uživatelům se poskytovatelé snaží zajistit soukromí tak, že – pokud si to přejí - mají vlastní klíč od pokoje. Uzamykatelnou skříňku má ve svém pokoji sedm z jedenácti dotazovaných. Deset klientů odpovědělo kladně na otázku, zda mají klíč od svého pokoje a současně mi předvedli, že jej skutečně mají. Jedna z dotazovaných klíč nemá, protože ho (podle své výpovědi) nechce.

Naplnění práva volného pohybu mimo zařízení mají klienti podle svých odpovědí možnost realizovat. Na samostatné vycházky chodí šest z jedenácti klientů. Chodí pěšky nebo jezdí vlakem, jeden z dotázaných jezdí v létě na kole. S doprovodem pracovníka chodí na vycházku čtyři klienti a jeden ven vůbec nechodí, i když je zcela mobilní. Paradoxní je, že více využívají možnosti volných vycházek klienti zařízení, která byla umístěna ve větší vzdálenosti od nejbližšího města, než klienti zařízení situovaného přímo ve městě. Zde lze spekulovat o tom, zda je klientům v individuálním plánu nabízena podpora při samostatném pohybu mimo zařízení.

Všichni dotazovaní byli zbaveni způsobilosti k právním úkonům. Z jedenácti respondentů svého opatrovníka nezná osm klientů. Nechápu ani termín opatrovník a zaměňují ho za termín klíčový pracovník. Tři klienti svého opatrovníka osobně znají, v jednom případě je to sestra uživatele, která ho pravidelně navštěvuje. Dva klienti, kteří odpověděli kladně, jsou z jednoho zařízení, proto předpokládám, že se s nimi v tomto směru pracuje a opatrovník (pracovník státní správy) se s nimi setkává.

Informovanost klientů o svém klíčovém pracovníkovi byla stoprocentní. Všichni respondenti znají svého klíčového pracovníka, který jim podle jejich vyjádření „nakupuje věci a oblečení“ a „pomáhá jim“. Pouze jeden dotazovaný odpověděl, že s ním jeho klíčová pracovnice „dělá plány“.

Různě přistupují jednotliví poskytovatelé k vydávání kapesného klientům v hotovosti. Ve dvou zařízeních je běžné, že jim je denně vydávána poměrná částka z měsíčního kapesného a uživatelé mají možnost s ním libovolně nakládat, většinou si nakupují kávu a cigarety. Ve zbývajících třech nemají klienti možnost naplnit potřebu vlastního výběru požadovaného zboží a nákup za ně uskutečňují klíčoví pracovníci, kteří jim zakoupené zboží přidělují podle

vlastního uvážení. Kapesné u sebe mají pouze klienti v chráněném bydlení. Ostatní klienti je dostanou pouze v případě, že „jedou na výlet“.

Dobrá je informovanost dotazovaných o možnosti a způsobu podávat stížnost. Klienti znají své právo a vědí, komu by si v případě potřeby šli stěžovat. Nejčastěji by si šli stěžovat řediteli (šest respondentů), sociální pracovníci a řediteli (dva respondenti), klíčové pracovníci a řediteli (dva respondenti), jeden respondent neví. Způsob, kterým by stížnost podali, je ústní.

Na základě výsledků rozhovoru lze konstatovat, že klientům s lehkým a středně těžkým mentálním postižením v pobytových zařízeních jsou naplněna práva vlastního výběru spolubydlícího a volného pohybu mimo zařízení v mezích jejich schopností. Jejich denní režim je stále strukturován, ale klienti si mohou sami vybrat, zda se denního programu zúčastní.

Nedostatečná je informovanost klientů o svém opatrovníkovi. Vzhledem k tomu, že opatrovník podává návrh opatrovnickému soudu na uvolnění klientových peněz k nákupu osobních věcí, ošacení a vybavení bytu, měl by být klient o opatrovníkovi informován a měl by ho osobně znát.

Dobře jsou klienti informováni o osobě klíčového pracovníka, ale jeho hlavní úkol – sestavení a hodnocení individuálního plánu rozvoje klienta, si neuvědomují.

O způsobu podávání stížností na kvalitu a způsob poskytování služby jsou dotázaní uživatelé informováni dobře, nezjistila jsem ale, jak se s jejich stížnostmi dále pracuje. Opomíjená je, podle výsledků rozhovoru, práce s klientem v podpoře jeho schopností manipulovat s malou finanční hotovostí (kapesným). Většina dotazovaných nemá možnost si drobné věci zakoupit a tím prohlubuje svou závislost na další osobě.

Z rozhovoru vyplývá, že v navštívených zařízeních jsou práva oslovených klientů v mezích jejich možností a schopností naplněna.

3 Závěr

Zavádění standardů kvality sociální péče do praxe je dlouhodobý proces, který byl zahájen společenskými změnami po roce 1989. Přijetí zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách stanovilo nová kritéria sociální péče a definovala nový vztah – mezi poskytovatelem a uživatelem sociální služby. Standardy kvality jako principy poskytování sociální služby mají předcházet diskriminaci, sociálnímu vyloučení a lhostejnosti k potřebám menšin, jejichž počet v souvislosti s otevřením hranic České republiky a vstupem do Evropské unie narůstá.

V současné době již mají poskytovatelé sociálních služeb standardy zpracovány a realizují je v praxi. Společenský statut profesí v oblasti sociální práce se zvyšuje, ale na pracovníky v této oblasti jsou kladeny ze strany státu vysoké nároky, jak v oblasti požadované profesní odbornosti, tak na jejich kvality lidské. Klienti sociálních služeb si začínají uvědomovat svá práva a standardy kvality jsou pro ně zárukou, že mají možnost je naplňovat. Z rozhovoru s klienty bylo zjištěno, že vědí o svém právu na svobodný pohyb a ochranu soukromí. Pracovníci v sociálních službách mají povinnost vzdělávat se prostřednictvím akreditovaných kurzů a školení, které jim pomáhají pochopit a přijmout změny, které zavedení zákona o sociálních službách přineslo. Tyto změny jsou, zejména pracovníky v přímé péči, často přijímány s nedůvěrou, protože nastavují zcela nový přístup k uživateli, který již není chovancem, ale klientem a jehož práva má pracovník klientovi pomoci si uvědomit a podpořit jej při jejich naplnění. Tato nová situace klade na obě strany vztahu poskytovatel – uživatel vysoké nároky, které řada pracovníků sice formálně přijímá, ale vnitřně s nimi nesouhlasí. Přesto, jak vyplývá z průzkumu, je většinou postoj zaměstnanců pobytových služeb k procedurálním standardům pozitivní a přináší klientům nové možnosti naplnit své potřeby a v mezích svých možností se přiblížit životu většinové společnosti. Tito lidé svou konkrétní práci pro konkrétního klienta, aniž si to mnohdy uvědomují, pomáhají jednotlivcům překročit hranice svého omezení a poprvé ve svém životě uskutečnit činnost, která byla pro ně dříve – z mnoha různých důvodů – nedosažitelná.

4 Literatura a zdroje

- 1) ČÁMSKÝ, P., KRUTILOVÁ, D., SEMBDNER, aj. *Manuál pro zavádění standardů kvality poskytování sociálních služeb*. Praha: Centrum sociálních služeb, 2008. 152 s.
- 2) ČERMÁKOVÁ, K., JOHNOVÁ, M., *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe – průvodce poskytovatele*. Praha: MPSV, 2008. 110 s. ISBN 80-76552-66-7
- 3) FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, 2000.
- 4) ISBN 80-7178-367-6
- 5) JOHNOVÁ, HAIFO, KLÍMA aj. *Standardy kvality sociálních služeb, výkladový sborník pro poskytovatele*. MPSV: 2008.
- 6) KAŠLÍKOVÁ, T., SÝKOROVÁ, J., ČERMÁKOVÁ, K. *Metodika MPSV k provádění inspekci poskytování sociálních služeb*. Praha: MPSV, 2008. 147 s.
- 7) KOSTEČKA, J., PEKTOR, L., GHAYYADOVÁ, L. a kol. *Vybrané metody práce průvodců v zavádění standardů kvality sociálních služeb*. Praha: Fides populi, 2008. 16 s.
- 8) MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Slon, 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.
- 9) *Opatrovnictví v České republice*. Mental Disability Advocacy Center. 2007. 79 s. ISBN 978-963-87395-9-9.
- 10) PIPEKOVÁ, J., *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006. 208 s. ISBN 80-86633-40-3.
- 11) MONATOVÁ, L., *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno: Paido, 2001. 85 s. ISBN 80-85931-60-5.
- 12) SLOWÍK, J., *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. 159 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- 13) ŠIŠKA, J., *Mimořádná dospělost*. Praha: Karolinum, 2005. 100 s. ISBN 80-246-0992-4.

- 14) VOJTKO, T. ed. *Postižený člověk v dějinách II. Texty k dějinám speciálně pedagogické teorie a praxe*. Hradec Králové: Gaudeamus. 2007. 106 s. ISBN 978-80-7041-081-3.
- 15) VYSOKAJOVÁ, M., *Hospodářská, sociální a kulturní práva a zdravotně postižení*. Praha: Karolinum, 2000. 139 s. ISBN 80-246-0057-9.
- 16) ZICH, F.: *Úvod do sociologického výzkumu*. Skripta. 1. vydání. Praha: Eupress, 2004. ISBN 80-86754-19-7.
- 17) *Dobrovolný evropský rámec pro kvalitu sociálních služeb* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit.17.2.2012]. Dostupné na: <<http://www.mpsv.cz/cs/5962>>
- 18) *Informace pro poskytovatele sociálních služeb* [online]. Královéhradecký kraj. [cit. 2.3.2012]. Dostupné na: <<http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/socialni-oblast/socialni-sluzby/novela-zakona-o-socialnich-sluzbach:-uprava-podminek-poskytovani-socialnich-sluzeb-a-kvalifikacnich-pozadavku-16755/>>
- 19) *Sdělení Komise - Provádění lisabonského programu Společenství - Sociální služby obecného zájmu v Evropské unii {SEK(2006) 516} /* KOM/2006/0177 konečném znění */* [online]. EurLex. [cit.17.2.2012]. Dostupné na: <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0177:FIN:CS:HTML>>
- 20) SPILKOVÁ, J. Sexuální život u pacientů s mentálním postižením v ÚSP. [online]. [cit. 19.2.2012]. Orfeus – občanské sdružení. Dostupné na: <http://www.orfeus-cr.cz/files/files/pdf/sexualita_mp_spilkova.pdf>
- 21) *Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb., Listina základních práv a svobod ze dne 16. 12. 1992* [online]. [cit.15.11.2011]. Dostupné na: <<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>>
- 22) *Vyhláška ministerstva práce a sociálních věcí č. 115/1992 Sb., o provádění pracovní rehabilitace občanů se změněnou pracovní schopností ze dne 21.2. 1992* [online]. [cit.3.3.2012]. Dostupné na: <<http://www.zbierka.sk/Default.aspx?sid=15&PredpisID=11700&FileName=92-z115&Rocnik=1992&AspxAutoDetectCookieSupport=1>>

- 23) *Vyhláška č.505/2006 Sb., ze dne 15. 11. 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách* [online]. Sagit: Nakladatelství ekonomické a právní literatury.Ostrava.[cit.26.8.2011]. Dostupné na: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06505&cd=76&typ=r>>
- 24) *Wikipedie: Otevřená encyklopedie. Všeobecná deklarace lidských práv* [online]. [cit. 9.9.2011]. Dostupné na:<http://cs.wikipedia.org/wiki/V%C5%A1eobecn%C3%A1_deklarace_lidsk%C3%BDch_pr%C3%A1v>
- 25) *Zákon č. 1/ 1993 Sb. Ústava České republiky ze dne 16. 12. 1992* [online]. [cit.12.12. 2011]. Dostupné na: <<http://www.zakonycr.cz/seznamy/001-1993-Sb-ustava-ceske-republiky.html>>
- 26) *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ze dne 30. 3. 2006* [online]. [cit.9.9.2011]. Dostupné na: <https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108_2006.pdf>
- 27) *Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů ze dne 4.4. 2000* [online]. [cit.12. 12.2011]. Dostupné na: < <http://www.zakonycr.cz/seznamy/101-2000-Sb-zakon-o-ochrane-osobnich-udaju-a-o-zmene-nekterych-zakonu.html>>
- 28) *Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ze dne 1. 1. 2005* [online]. [cit.13.12.2011]. Dostupné na: <<http://www.zakonycr.cz/seznamy/561-2004-Sb-zakon-o-predskolnim-zakladnim-strednim-vyssim-odbornem-a-jinem-vzdelavani-%28skolsky-zakon%29.html>>
- 29) *Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení.* [online]. [cit.13.2.2012]. Dostupné na: <<http://www.zakonycr.cz/seznamy/100-1988-Sb-zakon-o-socialnim-zabezpeceni.html>>
- 30) *Zákon č. 114/1988 Sb., ze dne 1. 10. 1988, o působnosti státních orgánů České republiky v sociálním zabezpečení* [online]. [cit.16.2.2012]. Dostupné na: <http://i.iinfo.cz/urs-att/p_114-88-114816781133503.htm>
- 31) *Zpráva z návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením Veřejný ochránce práv – ombudsman.* [online]. [cit.10.6.2011]. Dostupné na: <<http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/zarizeni/zarizeni-socialnich-sluzeb/zprava-z-navstev-mentalne-postizeni-cerven-2009/>>

Další zdroje

1. Školení v rámci vzdělávacího programu „Řízení kvality v sociálních službách“, vzdělávací modul: Vybrané standardy kvality sociálních služeb (std. č. 1, 2, 3, 5, 7, 8) s důrazem na std. č. 5 Individuální plánování. Institut pro podporu vzdělávání a rozvoje kvality ve veřejných službách INSTAND 2008.
2. Praxe na pozici vedoucí ÚSP (1991)
3. Praxe na pozici sociálního pracovníka v domově pro osoby se zdravotním postižením (2008 až 2011). Práce na vytváření standardů kvality pro toto zařízení sociálních služeb.